

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

32

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

**Rodolphe EWSEROFF**

Né le 16 Juillet 1912, à PARIS (Seine)

---

Contribution à l'étude  
du traitement de l'infection puerpérale  
par l'abcès de fixation

---

Travail du Service de M. le Professeur agrégé METZGER

---

*Président : M. JEANNIN, professeur*

---

PARIS

**VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS**

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939



FACULTÉ DE MÉDECINE DE, PARIS

---

ANNÉE 1939

# THÈSE

N° .....

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

**Rodolphe EWSEROFF**

Né le 16 Juillet 1912, à PARIS (Seine)

---

Contribution à l'étude  
du traitement de l'infection puerpérale  
par l'abcès de fixation

---

Travail du Service de M. le Professeur agrégé METZGER

---

*Président : M. JEANNIN, professeur*

---

PARIS

**VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS**

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

## I. — Professeurs

Anatomie .....  
 Physiologie .....  
 Physique médicale .....  
 Chimie médicale .....  
 Bactériologie .....  
 Parasitologie et histoire naturelle médicale .....  
 Pathologie médicale et générale .....  
 Pathologie médicale .....  
 Pathologie chirurgicale .....  
 Anatomie pathologique .....  
 Histologie .....  
 Pharmacologie et matière médicale .....  
 Thérapeutique .....  
 Hygiène et médecine préventive .....  
 Médecine légale .....  
 Histoire de la médecine et de la chirurgie .....

Pathologie expérimentale et comparée .....  
 Hydrologie thérapeutique et climatologie .....

Clinique médicale .....

Hygiène et clinique de la première enfance .....  
 Clinique des maladies des enfants .....  
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .....  
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....  
 Clinique des maladies du système nerveux .....  
 Clinique des maladies infectieuses .....

Clinique chirurgicale .....

Clinique ophtalmologique .....  
 Clinique urologique .....

Clinique d'accouchements .....

Clinique gynécologique .....  
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....  
 Clinique thérapeutique médicale .....  
 Clinique oto-rhino-laryngologique .....  
 Clinique thérapeutique chirurgicale .....  
 Clinique propédeutique .....  
 Clinique de la Tuberculose .....  
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....  
 Clinique cardiologie .....  
 Assistance médico-sociale .....

Professeurs sans chaire .....

MM.  
 ROUVIERE.  
 LÉON BINET.  
 STROHL.  
 POLONOVSKI.  
 Robert DEBRE.  
 BRUMPT.  
 BAUDOUIN.  
 ABRAMI.  
 CHEVASSU.  
 LEROUX.  
 CHAMPY.  
 TIFFENEAU.  
 HARVIER.  
 TANON.  
 BALHAZARD.  
 LAIGNEL.  
 LAVASTINE.  
 FLEISSINGER.  
 CHIRAY.  
 LOEPER.  
 CARNOT.  
 Marcel LABBE.  
 CLERC.  
 LEREBoullet.  
 NOBECOURT.  
 E. CLAUDE.  
 BOUGEROT.  
 GUILLAIN.  
 LEMIERRE.  
 GUNEO.  
 GOSSET.  
 GREGOIRE.  
 LENORMANT.  
 TERRIEN.  
 MARION.  
 LEVY-SOLAL.  
 COUVELAIRE.  
 JEANNIN.  
 MOCQUOT.  
 OMBREDANNE.  
 RATHERY.  
 LEMAITRE.  
 Pierre DUVAL.  
 VILLARET.  
 TROISIER.  
 MATHIEU.  
 LAUBRY.  
 N.....  
 HOVELACQUE.  
 MULON.  
 OLIVIER.  
 VERNE.



## II. — Agrégés en exercice

MM.  
 AMELINE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BARIETY ..... Pathologie médicale.  
 ENARD Henri ..... Pathologie médicale.  
 BERNARD Et. . Pathologie médicale.  
 BESANÇON (J.). Hydrologie.  
 BOULIN ..... Pathologie médicale.  
 BULLIARD ..... Histologie.  
 CATHALA ..... Pathologie médicale.  
 COSTE ..... Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER ..... Pathologie médicale.  
 DOGNON ..... Physique  
 FUNCK-  
 BENTANO ..... Pathologie chirurgicale.  
 FEY ..... Urologie.  
 GAILLARD ..... Parasitologie.  
 GASTINEL ..... Bactériologie.

MM.  
 DE GAUDART  
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicales  
 GAYET ..... Physiologie.  
 DE GENNES ..... Pathologie médicale.  
 GIROUD ..... Histologie.  
 HAGUENAU ..... Pathologie médicale.  
 HALPHEN ..... Oto-rhino-laryngologie  
 HAZARD ..... Pharmacologie.  
 HUGUENIN ..... Anatomie pathologique  
 JOANNON ..... Hygiène.  
 LACOMME ..... Obstétrique.  
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.  
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale  
 LAVIER ..... Parasitologie.  
 LELONG ..... Pathologie médicale

LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 LEVY (M<sup>re</sup> J.) . . . Pharmacologie.  
 LEVY-VALENSI. . . Neurologie et Psychiatrie.  
 MENEGAUX . . . Pathologie chirurgicale.  
 MOLLARET . . . Pathologie médicale.  
 MOREAU . . . Pathologie médicale.  
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.  
 PETIT-  
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale

MM.  
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale  
 PORTES . . . . . Obstétrique.  
 RENARD (L.) . . Ophthalmologie.  
 RICHET . . . . . Physiologie.  
 SANNIE . . . . . Chimie biologique.  
 SENEQUE . . . . Pathologie chirurgicale  
 TURPIN . . . . . Pathologie médicale.  
 VIGNES . . . . . Obstétrique.  
 WILMOTH . . . . Pathologie chirurgicale

### III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.  
 ALGLAVE . . . . Pathologie chirurgicale  
 BUSQUET . . . . Pharmacologie.  
 CHAILLEY-  
 BERT Physiologie.

MM.  
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.  
 LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale  
 LE LORIER . . . . Obstétrique.  
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale  
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.

### IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.  
 ALAJOUANINE..  
 AUBERTIN . . .  
 BRULE . . . . .  
 CHABROL . . .  
 DONZELOT . . .  
 DUVOIR . . . .  
 LIAN . . . . .  
 PASTEUR-VAL-  
 LERY-RADOT..  
 SEZARY . . . .

} Clinique médicale

MM.  
 BASSET . . . .  
 BROCO . . . . .  
 CADENAT . . .  
 GATELLIER . . .  
 MOURE . . . . .  
 QUENU . . . . .  
 VELTER . . . . .

} Clinique chirurgicale

} Clinique obstétricale

ECALLE  
 METZGER

### V. — Chargés de cours

MM.  
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique  
 LEDOUX-LEBARD . . . Radiologie clinique  
 RUPPE . . . . . Stomatologie.  
 WEILL-HALLÉ . . . . Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

Humble témoignage de ma gratitude infinie.

A MA FEMME

A MA SŒUR

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

*Professeur de Clinique Obstétricale*

*à la Faculté de Médecine de Paris*

*Membre de l'Académie de Médecine*

*Chirurgien des Hôpitaux*

*Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le grand hon-  
neur d'accepter la présidence de  
cette thèse.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGER  
*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris*  
*Professeur à l'Ecole d'Accouchements de la Maternité*  
*Chirurgien des Hôpitaux*  
*Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a inspiré le sujet de  
cette thèse et nous a prodigué ses  
précieux conseils au cours de son  
élaboration.

En témoignage de notre pro-  
fonde reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON JURY

# Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale par l'abcès de fixation

---

## CHAPITRE I

### HISTORIQUE

L'abcès de fixation est une méthode de traitement tendant à provoquer, par l'injection d'une substance irritante, la formation d'une suppuration dans le tissu cellulaire sous-cutané au cours d'une infection générale. Le désir de retrouver les origines de la pyogénèse artificielle, dont l'abcès de fixation n'est qu'une modalité, nous ferait remonter à la plus haute antiquité.

Les Egyptiens et les Grecs, chez qui l'usage du cautère était d'un emploi courant, avaient bien remarqué l'importance de l'apparition, au cours d'une infection généralisée, d'une suppuration locale, cette circonstance, l'apparition de ces abcès dits « critiques » devant faire présager une issue favorable.

« S'il réchappe, une suppuration se forme », écrivait Hippocrate dans le livre III des maladies. cinq

siècles avant J.-C. L'illustre médecin de l'île de Cos connaissait bien l'importance pronostique de ces abcès et peut-être soupçonnait-il leur valeur thérapeutique, puisqu'il fut amené à l'usage du cautère et du séton dans le but d'établir une dérivation. Il estimait que toute maladie est due au développement en un point de l'économie d'une humeur morbide qu'il appelait métastase.

L'usage du cautère fut fort en honneur à Cnide. De même, Celse, célèbre médecin du siècle d'Auguste, suivit les doctrines d'Hippocrate et eut recours à la pyothérapie pour traiter les affections pulmonaires graves.

Au Moyen-Age, l'emploi du cautère tomba dans l'oubli.

Au 19<sup>e</sup> siècle, BROUSSAIS, TROUSSEAU, CHANCEL et LOUIS constatent que l'apparition spontanée d'abcès dans les infections graves est d'un bon pronostic.

En 1860, MÉTIVIER, puis CANTEL et HERVIEUX en montrent l'importance dans l'infection puerpérale.

Le principe de la méthode était donc connu depuis longtemps, mais nous allons voir que le moyen, dû à FOCHIER, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, fut l'heureux résultat du hasard.

En 1875, FOCHIER traitant une femme atteinte d'une infection puerpérale grave, fut amené à pratiquer chez cette malade des injections sous-cutanées de sulfate de quinine. La solution, trop acide, provoqua la formation d'un abcès qui, non seulement ne cons-

titua pas une complication regrettable, mais sembla au contraire aboutir à un résultat favorable.

FOCHIER ne manqua pas d'établir un rapprochement entre cette découverte clinique due au hasard et les principes de la vieille médecine humorale dont nous avons parlé plus haut. Il désigna l'abcès ainsi formé sous le nom « d'abcès de fixation », car il pensait que cet abcès était un centre d'attraction pour les microbes circulant dans l'organisme, centre où ils étaient fixés et détruits. Rapidement il en vint à remplacer le sulfate de quinine par l'essence de térébenthine, substance qui est encore employée de nos jours. La méthode de FOCHIER était née.

Cependant FOCHIER, esprit averti et pondéré, garda le silence sur sa découverte pendant 16 ans. Ce n'est qu'en 1891 qu'il se décida à publier ses observations. Il est permis de supposer que pendant un laps de temps aussi long, FOCHIER se livra à maintes réflexions et que ce n'est que bien persuadé de l'efficacité de sa méthode qu'il se décida à la publier.

Le 23 août 1891, dans le *Lyon Médical*, FOCHIER fait paraître un article destiné à faire sensation, intitulé « Thérapeutique des infections pyogènes généralisées ».

« Je viens, dit-il, conseiller et indiquer le moyen de provoquer artificiellement la formation d'abcès dans les états infectieux où l'on peut voir se produire spontanément des suppurations et où ces suppurations traitées chirurgicalement peuvent guérir en contribuant parfois d'une façon manifeste à la guérison de l'état infectieux ».

Puis, FOCHIER expose le fruit de ses réflexions de plusieurs années au sujet de nombreux cas d'infection puerpérale. A son avis, l'apparition d'une suppuration localisée telle que : abcès du sein, salpingo-ovarite, etc..., est d'un pronostic favorable. Au contraire, les cas où cette suppuration secondaire manque se terminent généralement par la mort. Tout naturellement il en est venu à l'idée de provoquer artificiellement ces suppurations, sous forme d'abcès facilement traitables, au moyen d'injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. En terminant, FOCHIER précise la part des hommes de laboratoire : rechercher le mode d'action de l'abcès de fixation. C'est là une question pour laquelle il ne se sent pas qualifié.

Nous croyons bon de rapporter ici les quatre observations d'infection puerpérale que FOCHIER communiqua, en 1891, à la *Société des Sciences Médicales de Lyon* :

1° Mme X... est apportée dans mon service en janvier, dix jours après l'accouchement, dans un état à peu près désespéré. Les accidents infectieux duraient depuis huit jours. La face terreuse, les traits étirés, l'angoisse respiratoire étaient, avec le pouls et la température, les symptômes généraux les plus effrayants. Arthrite de l'épaule et de la hanche droites. Je fis une injection d'essence de térébenthine au niveau du deltoïde et une autre dans la région hypogastrique droite. L'amélioration fut rapide. Des abcès volumineux se formèrent aux points injectés. Quinze jours après leur formation, je les incisai. Il s'en écoula un pus épais. Quelques acci-

dents se produisirent alors : néphrite avec anurie pendant trois jours, choroïdite, et enfin, abcès profond de la cuisse droite que j'incisai. La malade guérit.

2° Mme X..., atteinte de néphrite gravidique, accouche. Trois jours après elle est prise d'un grand frisson avec congestion pulmonaire intense, altération de la face, prostration des forces, dyspnée. Injections d'essence de térébenthine. La piqûre réagit bien. L'amélioration et la guérison ne tardent pas à survenir.

3° Mme X... a depuis trois semaines une infection générale avec des signes d'ovarite suppurée. Les forces déclinent ; albumine dans les urines. Des injections de térébenthine sont pratiquées à plusieurs reprises, qui réagissent et provoquent la résolution de la suppuration interne. La malade guérit.

4° Mme X..., à la suite d'un avortement, arrive exsangue à la Charité. Elle est en proie à une fièvre intense sans trace de localisation utérine ou péri-utérine. Hyperthermie, délire, anémie traumatique. Pas d'angoisse respiratoire ni étirement des traits. Injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. Les abcès se forment et la température baisse. Le délire cesse et la malade guérit rapidement.

La méthode de l'abcès de fixation créée à l'occasion de l'infection puerpérale qui reste d'ailleurs son principal champ d'action devait, dans la pensée de Fochier, s'appliquer également à d'autres affections, aux infections au cours desquelles une suppuration locale pouvait se produire, telles que : l'érysipèle, l'ostéomyélite, la grippe, la fièvre typhoïde, la pneumonie. On n'allait d'ailleurs pas tarder à étendre la mé-

thode à la congestion pulmonaire, la méningite, l'encéphalite épidémique et à certains empoisonnements : par l'acide phénique, l'oxyde de carbone, les sels d'oseille (CARLES).

Au cours des années qui suivirent la publication de FOCHIER, les travaux de contrôle se succédèrent et, dès 1892, des contributions cliniques à la méthode furent publiées, à Lyon par THIERRY, SALMON, OLIVIER ; à Paris par CHANTEMESSE, DIEULAFOY, RENDU, NETTER.

En 1896, JACQUES de Bordeaux, CORTIGUERRA de Santander, publient de nouvelles études de la méthode.

En 1900, FOCHIER et MÉRIEUX publient un grand nombre de cas de guérison d'infections puerpérales par l'abcès de fixation.

L'école de Bordeaux s'intéresse alors à la méthode et, en 1902, le Professeur ARNOZAN inspire à son élève Jacques CARLES (qui devait devenir professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Bordeaux) une thèse qui devait être le premier travail englobant l'ensemble de la question. L'abcès de fixation, dit CARLES, c'est une « suppuration limitée créée quand on veut et là où on veut ».

Puis c'est une série d'importants travaux d'auteurs surtout lyonnais : PIC et BONNAMOUR (*Lyon Médical*, 16 janvier 1910, DETSCHEFF (*Thèse Lyon*, 1909), VOITURIER (*Thèse Lyon*, 1909).

En 1918, CARLES fait une communication à l'Académie de Médecine. La grande épidémie de grippe,

puis celle d'encéphalite devaient favoriser l'essor de la méthode.

Longtemps, malgré quelques travaux, l'école parisienne parut se désintéresser de la méthode de FOCHIER qui trouva pourtant en NETTER un défenseur convaincu.

En mars 1920, NETTER communique à l'Académie de Médecine les résultats qu'il obtint dans 25 cas graves d'encéphalite léthargique. Dans 19 cas, formation d'un abcès, 1 cas de mort. Les 6 autres malades, chez qui l'abcès « n'avait pas pris », sont morts. D'autre part, sur 25 autres malades n'ayant pas reçu d'injection sous-cutanée d'essence de térébenthine, 13 sont morts.

Les observations se multiplient alors, des exagérations se produisent, l'abcès de fixation est employé pour une foule de maladies et sans que sa technique rigoureuse soit respectée. Des cas malheureux sont la conséquence de ces excès qui vont amener COMBY, à prononcer, en 1926, un violent réquisitoire contre l'abcès de fixation, qu'il qualifie de « fléau thérapeutique ».

Nous verrons plus loin quels furent les arguments de COMBY et comment ils furent combattus par les partisans de la méthode et entre autres par NETTER.

Le 20 avril 1930, MM. PIC et DELORE publient, dans le *Journal de Médecine de Lyon*, plusieurs articles résumant l'ensemble de la question.

En février-mars 1936 ont lieu les Assises départementales et nationales sur l'abcès de fixation, où

interviennent entre autres MM. BRINDEAU, COMBY, NETTER, PIC.

C'est pendant l'intervention de M. le Professeur BRINDEAU sur l'abcès de fixation que Arnold NETTER, qui en était l'ardent défenseur, fut brutalement arraché à l'affection de ses amis et de ses élèves.

## CHAPITRE II

### TECHNIQUE DE LA METHODE

La technique de l'abcès de fixation est simple et ce n'est pas un des moindres intérêts de la méthode de FOCHIER que d'être à la portée de tous les praticiens.

Encore faut-il que cette technique soit bien connue, car il n'est pas exagéré que de penser que la plus grosse partie des accidents signalés par les détracteurs de la méthode sont imputables à l'ignorance ou à la non observation de quelques principes fondamentaux, qu'il s'agisse de la date de l'injection, de la quantité de substance injectée ou du mode d'injection lui-même.

#### 1° INSTRUMENTATION

Elle ne saurait être plus simple : une seringue ordinaire, une ou deux aiguilles à injections hypodermiques et c'est tout.

#### 2° QUELLE SUBSTANCE INJECTER ET QUELLE DOSE ?

Nous avons vu que l'abcès de fixation accidentel qui donna à FOCHIER l'idée de la méthode, avait été

dû à l'injection d'une solution de sulfate de quinine trop acide.

On essaya donc le sulfate de quinine acidifié et après lui diverses substances. Qu'il nous suffise de citer : l'azotate d'argent en solution au 1/5, l'acide phénique, le sublimé, l'oxyde jaune de mercure, l'acide lactique, l'essence de lavande, le xylol, l'huile de croton.

On en vint rapidement à utiliser l'essence de térébenthine qui, en même temps qu'elle possédait le maximum de qualités nécessaires à produire la suppuration, ne produisait que des dégâts locaux insignifiants.

Actuellement l'emploi de cette substance, dont CRAWITZ mit le premier en lumière les propriétés pyogènes, s'est généralisé en pratique.

Faut-il ou non stériliser l'essence de térébenthine ? Cette manière de faire semble inutile si l'on veut bien se rappeler que l'essence de térébenthine est fortement antiseptique. D'autre part, l'ébullition diminuerait sa propriété irritante.

FOCHIER utilisait l'essence de térébenthine vieillie par exposition au soleil prolongée pendant plusieurs mois. Il reconnaissait à cette façon de faire l'avantage de purifier l'essence de térébenthine et d'éviter ainsi les accidents infectieux secondaires. M. CARLES a reproché à l'essence de térébenthine trop oxygénée de provoquer par l'augmentation de sa propriété irritante, le sphacèle de la peau. Il existe aujourd'hui des essences de térébenthine spé-

cialement préparées, mais il semble que le plus simple et le mieux soit de s'adresser à l'essence de térébenthine ordinaire qu'on trouve dans le commerce. C'est ainsi qu'on procède dans le service de M. le Professeur agrégé METZGER. MM. PIC et DELORE recommandent également l'essence du commerce n'ayant pas subi une oxydation trop prononcée. Enfin certains auteurs ont recommandé chez des jeunes femmes à tissus délicats l'emploi d'essence de térébenthine mélangée à de l'huile d'olive stérilisée dans la proportion de  $\frac{1}{3}$  ou  $\frac{2}{3}$ . La dose à injecter est, d'après FOCHIER, 1 cc. dans les cas moyens et 2 cc. dans les cas graves. MM. PIC et DELORE injectent 1 cc.  $\frac{1}{2}$  à 2 cc. Divers auteurs ont injecté, sans inconvénients, 3 à 5 cc. et on a même rapporté le cas d'une malade qui reçut par erreur 25 cc. Mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels et la dose optima semble être de 2 cc.

### 3° MODE ET LIEU D'INJECTION

L'asepsie devra être absolue. Avant d'injecter, l'opérateur désinfectera donc la surface cutanée intéressée à l'alcool ou à la teinture d'iode.

L'injection devra être faite strictement dans le tissu cellulaire sous-cutané à égale distance du derme et de l'aponévrose. Il ne faudra injecter ni trop en profondeur, car on déterminerait des dégâts musculaires importants et parfois des adhérences de la

cicatrice cutanée à la cicatrice musculaire, ni trop en surface, pour éviter l'apparition de phlyctènes ou pis encore, une nécrose du derme et un retard dans la cicatrisation de la plaie.

Dans l'un et l'autre cas, la vive douleur ressentie par le malade commande d'observer une technique correcte. On fera donc un large pli à la peau et après l'avoir bien séparée des plans sous-jacents en l'attirant à soi, on enfoncera l'aiguille obliquement dans la base du pli.

Le professeur Georges CANUYT, de Strasbourg, recommande d'avoir à sa disposition 2 aiguilles dont la première servira à aspirer l'essence de térébenthine pour charger la seringue, et dont l'autre sera strictement réservée à l'injection. Cette façon d'opérer a l'avantage d'éviter la douleur causée par la présence d'essence de térébenthine le long du trajet de l'aiguille et en particulier au niveau du derme.

Toutes ces précautions étant prises et après s'être assuré que l'aiguille est bien dans le tissu cellulaire sous-cutané, on poussera l'injection le plus lentement possible pour éviter la diffusion du liquide. Puis toujours pour éviter au derme le contact du liquide irritant, on videra l'aiguille de son contenu en injectant une petite quantité d'air et on la retirera d'un geste sec et rapide. On terminera comme pour toutes les injections sous-cutanées par la désinfection de la peau.

### Où faudra-t-il injecter ?

On choisira une région à tissu cellulaire lâche : le flanc ou la face externe de la cuisse ; c'est là que la douleur sera la moins vive.

Le lieu habituel est la face antéro-externe de la cuisse. ARNOZAN, CARLES, BOIDIN le préconisent : il est facilement accessible et se prête bien aux pansements. On a formulé des griefs contre ce mode d'opérer : au niveau de la cuisse, le tissu cellulaire sous-cutané ne serait pas assez épais, d'où la douleur plus vive ; l'abcès n'ayant pas assez de place pour se développer perforerait les téguments avant d'avoir franchement suppuré.

Ces reproches sont exagérés. Dans le service de M. le Professeur agrégé METZGER, où de nombreux abcès sont pratiqués à la cuisse, on n'a jamais observé d'accidents.

La face antéro-externe de la cuisse nous semble donc être le lieu d'élection, à condition d'injecter assez haut pour éviter la réaction de l'articulation du genou.

Cependant, en opérant ainsi, on n'observe pas les principes de FOCHIER qui choisissait, pour pratiquer l'injection, le milieu d'une ligne verticale allant de l'épine iliaque antéro-supérieure aux dernières côtes. MM. PIC et DELORE recommandent également le flanc où l'injection leur a paru moins douloureuse (parce que pauvre en filets nerveux) et provoquer un décollement moindre qu'à la cuisse. Ils recommandent

également le côté gauche, le décubitus latéral droit étant généralement préféré. Ce lieu d'injection, comme le premier, a ses détracteurs : on lui reproche de provoquer parfois la suppuration vers la profondeur. Cet accident est, à vrai dire, exceptionnel. On n'en a cité qu'un ou deux cas, et encore est-il probable qu'une technique rigoureuse n'avait pas été suivie et qu'une partie du liquide caustique avait pénétré sous l'aponévrose.

Les deux lieux d'injection gardent donc leurs partisans. Ils semblent d'ailleurs bons l'un et l'autre avec cependant une préférence, pour des raisons pratiques, pour la cuisse.

#### **4° EVOLUTION HABITUELLE DE L'ABCES**

L'injection elle-même n'est pas douloureuse ; à peine la malade éprouve-t-elle une légère cuisson qui va céder au bout de quelques minutes.

L'abcès, se développant, va donner les 4 signes cardinaux de toute formation phlegmoneuse circonscrite : Tumor, Dolor, Calor, Rubor.

La réaction inflammatoire locale, qui commence entre la 6<sup>e</sup> et la 12<sup>e</sup> heure suivant l'injection, va être marquée par l'apparition d'une douleur lancinante. Cette douleur, dont l'intensité a été très exagérée par les détracteurs de la méthode, — qui parfois n'hésitent pas à faire des injections de sérum pouvant déterminer des réactions sériques graves — ne né-

cessite nullement l'emploi des divers analgésiques usuels; elle sera notablement calmée par la simple application de compresses humides chaudes.

Certes, quelques auteurs ont signalé des réactions très douloureuses. D'après MM. PIC et DELORE, ces éventualités rares relèvent de 3 facteurs :

1° Trop grande quantité d'essence injectée ;

2° Siège et profondeur de l'injection : la région choisie présente un tissu cellulaire insuffisamment lâche, d'une part, et d'autre part le liquide est poussé dans le derme ou dans le muscle ;

3° Sensibilité particulière de certains sujets très nerveux et impressionnables.

D'ailleurs, presque tous les griefs formulés contre la méthode de Fochier n'ont vu le jour qu'à cause de fautes de technique.

#### **a) Forme habituelle**

Environ 18 heures après l'injection les signes inflammatoires vont se préciser. Quelquefois la réaction est plus tardive et ce n'est qu'au bout de 36 à 48 heures que vont apparaître la rougeur de la peau, l'empâtement, la douleur à la palpation.

Vers le 3<sup>e</sup> jour, la tuméfaction est visible, du volume d'un œuf environ ; la fluctuation apparaît et lorsque l'abcès n'est pas incisé, elle va devenir très nette vers le 8<sup>e</sup> jour en même temps que la douleur s'atténuera.

Quelle va être alors l'évolution de l'abcès : ou bien il va s'ouvrir à la peau ou bien il va se résorber ou laisser un nodule induré.

Naturellement, il s'agit là de l'évolution schématique de l'abcès et c'est d'ailleurs la plus fréquente. Mais la durée de formation de l'abcès est susceptible de varier avec les différents sujets.

De même, il peut se faire que l'abcès ne « prenne pas ». Dans ce cas, la réaction locale est insignifiante, la région de l'injection s'empâtant à peine et restant peu douloureuse.

Nous verrons plus loin la conduite qu'il faut alors tenir.

#### **b) Forme phlegmoneuse**

Dans certains cas l'abcès peut prendre une forme lymphangitique, la réaction se traduisant par une rougeur diffuse de la cuisse, mais surtout on peut voir un phlegmon succéder à l'injection d'essence de térébenthine.

On a discuté pour savoir s'il était préférable d'utiliser un abcès de fixation ou un phlegmon de fixation, certains prétendant que cette dernière forme donnerait de meilleurs résultats. Cette discussion est vaine. On ne peut choisir entre phlegmon et abcès. On n'est pas maître de décider l'apparition de l'une ou de l'autre forme et on est bien obligé d'accepter celle qui se présente, abcès presque toujours, phlegmon quelquefois.

D'ailleurs, qu'il s'agisse d'abcès ou de phlegmon de fixation, le résultat sera le même, et identiques également seront les conduites à tenir : dans les 2 cas, il faudra inciser.

### **5° REACTIONS GENERALES. ASPECT DE LA COURBE DE TEMPERATURE D'UNE MALADE A QUI ON A FAIT UN ABCES DE FIXATION**

On vient de faire un abcès de fixation à une femme atteinte d'infection puerpérale. La température est élevée. Il ne faut pas s'attendre à voir l'abcès agir à la manière d'un antithermique et à une chute rapide de la température. Bien au contraire, presque toujours, elle va monter encore, pour ne s'abaisser que quelques jours après et parfois même seulement au moment de l'incision. C'est là un point capital et dont ne ne saurait assez souligner l'importance. Cette ascension thermique doit être respectée rigoureusement.

Cette assertion a plus de valeur encore en ville. A l'hôpital, en effet, le médecin est libre de sa thérapeutique, mais en clientèle privée où la famille, la courbe de température sous les yeux, presse le médecin de « faire quelque chose », il importe que celui-ci sache tenir bon, faire confiance à la méthode, et ne pas multiplier les thérapeutiques jusqu'à la défervescence.

« S'agiter n'est pas agir », a dit M. le Professeur

agréé METZGER et, d'ailleurs, nous verrons un peu plus loin ce qu'il faut penser de l'adjonction à l'abcès de traitements variés.

## **6° CONDUITE A TENIR EN PRESENCE DE L'ABCES. INCISION DE L'ABCES**

Nous avons vu que la simple application de compresses humides chaudes suffisait à calmer la douleur, à condition de ne les utiliser que lorsque l'abcès a bien pris.

Mais doit-on inciser un abcès de fixation ? Oui, et tout le monde est maintenant d'accord à ce sujet car, en agissant différemment, on risquerait des décollements très étendus. Seul le moment de l'intervention est discuté.

Tout d'abord on ne saurait se limiter par des règles strictes puisque les malades peuvent réagir différemment. Il ne faut ni inciser trop tôt un abcès mal collecté, ni trop tard alors que des décollements étendus se sont déjà produits.

FOCHIER pensait que l'action favorable ne persistait que tant que l'abcès n'était pas incisé et il conseillait d'intervenir vers le 15<sup>e</sup> jour. Ce délai est trop long. Il faut inciser quand la fluctuation est nette.

Chez les 20 malades, dont nous avons relevé l'observation dans le service de M. le Professeur agrégé METZGER, l'abcès a été incisé :

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| au 3 <sup>e</sup> jour .....  | 1 fois |
| au 4 <sup>e</sup> jour .....  | 5 fois |
| au 5 <sup>e</sup> jour .....  | 6 fois |
| au 6 <sup>e</sup> jour .....  | 5 fois |
| au 7 <sup>e</sup> jour .....  | 2 fois |
| au 10 <sup>e</sup> jour ..... | 1 fois |

Après toutes les précautions aseptiques d'usage et anesthésie locale au chlorure d'éthyle, on incisera assez largement pour permettre l'évacuation des débris sphacelés et du pus, souvent en quantité énorme, sans qu'il soit nécessaire de se livrer à des manœuvres d'expression toujours douloureuses.

L'injection donne issue à un pus abondant, blanc crémeux, bien lié, à odeur caractéristique d'essence de térébenthine. On y retrouve les éléments banaux du pus : globules de pus, leucocytes, débris sphacelés, mais on y rechercherait vainement des microbes : le pus de l'abcès de fixation est stérile.

Mais cette stérilité serait due au pouvoir antiseptique de l'essence de térébenthine : il ne s'agirait que d'une stérilité apparente. En effet, le pus provenant d'un abcès de fixation provoqué par le sulfate de quinine renferme des microbes.

Dans les jours qui suivent l'incision de l'abcès, la plaie sera soignée et pansée aseptiquement comme dans le cas d'un abcès chaud banal.

La cicatrisation se produira au bout de 15 à 18 jours ; elle est souvent plus tardive.

### **La suture secondaire de l'abcès**

C'est là un des arguments des adversaires de la méthode. L'abcès de fixation ne se cicatrise que lentement et, argument qui a de la valeur chez des femmes, la cicatrice est souvent disgracieuse.

Aussi dans le service de M. le Professeur agrégé METZGER n'attend-on pas la cicatrisation spontanée de l'abcès et, lorsque la plaie a bon aspect, on pratique après nettoyage, une suture secondaire.

Après anesthésie locale avec la solution de novocaïne à 1 % sans adrénaline, on procède à l'excision soigneuse des bords de la plaie.

On suture alors avec deux ou trois crins et on draine avec un faisceau de crins pendant 2 ou 3 jours.

On enlève les crins au bout de 6 à 7 jours : la cicatrisation est faite.

Les avantages de cette manière de faire sont évidents : technique simple, pas de douleur puisqu'on opère sous anesthésie locale, évolution beaucoup plus rapide, cicatrice beaucoup plus esthétique.

La suture secondaire qu'emploie toujours M. le Professeur METZGER, après un abcès de fixation, est encore inconnue de beaucoup de médecins qui gagneraient beaucoup à l'employer régulièrement.

### **7° ACCIDENTS**

Ils sont très rares et relèvent de fautes de technique. Une incision non strictement sous-cutanée

expose à des décollements étendus, à des escarres, à la gangrène même. D'autre part, un manque d'asepsie peut amener de l'infection secondaire.

#### **8° QUAND ET COMMENT EMPLOYER LA METHODE DE FOCHIER ? PRECOCITE DE L'ABCES DE FIXA- TION. REPETITION DES INJECTIONS. INUTILITE DES AUTRES THERAPEUTIQUES**

« L'abcès de fixation, a dit VIRIOT, auteur d'une thèse sur la question, n'est pas une thérapeutique pour moribonds ». Cette formule est des plus heureuses. En effet, il faut faire l'abcès de fixation précocement.

Voici ce qu'en dit, dans *L'Accoucheur moderne*, M. le Professeur agrégé METZGER : « Faites un abcès de fixation précocement ; si la température monte avant le 4<sup>e</sup> jour, faites-le aussitôt. Si elle s'élève le 4<sup>e</sup> jour, attendez le soir du 5<sup>e</sup> jour pour voir : si la température s'est élevée plus haut que la veille, faites l'injection... si l'abcès ne prend pas, le pronostic est réservé mais c'est très rare s'il est fait à temps. Au besoin, recommencez au bout de 3 ou 4 jours. Le second abcès prend et réveille le premier. En cas d'échec, un troisième a bien peu de chances de réussir : le cas est sans doute désespéré (infection suraiguë, pyohémie) ».

La précocité de l'abcès est donc un élément fondamental de sa réussite. Inutile de perdre un temps précieux en s'attardant à des thérapeutiques faciles.

Celles-ci seront sans doute plus facilement admises par la famille de la malade qui jugera d'un meilleur œil l'absorption de quelques comprimés que la production volontaire d'un abcès.

Il faudra savoir imposer sa ligne de conduite sans attendre qu'il soit trop tard.

Enfin, doit-on accompagner l'abcès de fixation de thérapeutiques variées ? Non, nous revenons sur ce point, il faut faire confiance à la méthode, attendre que la température baisse et ne pas fatiguer l'organisme par la multiplicité des thérapeutiques.

Certes, on a essayé le Rubiazol dans le service de M. METZGER. Le Rubiazol n'a rien modifié.

## 9° CONTRE-INDICATIONS

Ce sont surtout l'œdème et le diabète. On a longtemps cru que l'essence de térébenthine était nocive pour le rein. Or, bien au contraire, GOTTELAND, dans sa thèse (Lyon, 1924) a pu montrer que l'abcès de fixation avait une action favorable dans la néphrite infectieuse.

Enfin, la tuberculose est une contre-indication que tous les auteurs admettent.

## CHAPITRE III

# DISCUSSION SUR LA VALEUR DE LA METHODE

### I. -- DISCUSSION DE LA METHODE EN GENERAL

La valeur pronostique de l'abcès de fixation est admise maintenant sans discussion.

Tout le monde reconnaît qu'un abcès qui prend bien est d'un bon pronostic, que ce pronostic doit être beaucoup plus réservé lorsque l'inflammation est peu nette, et franchement mauvais lorsque, à la 2<sup>e</sup> ou à la 3<sup>e</sup> injection d'essence de térébenthine, aucune réaction ne s'est produite.

Mais que vaut la méthode de FOCHIER au point de vue curatif ?

Ici l'accord n'est pas aussi complet et, quoique leur nombre ait diminué, il existe encore des sceptiques.

En 1926, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, M. COMBY, adversaire acharné de la méthode, prononça un violent réquisitoire contre l'abcès de fixation qu'il considère comme un véritable « fléau

thérapeutique », comme une « pratique barbare qui nous ramène au temps de nos ancêtres ».

Il rappela la manière abusive dont l'abcès de fixation a été utilisé par les médecins qui voulurent l'appliquer dans les encéphalites de toutes natures, dans les méningites bactériennes et bacillaires, dans les poliomyélites, le Parkinson, les bronchites, les broncho-pneumonies, les septicémies, la grippe, etc... « Ses zélateurs l'appliquent à tous les cas, ne respectant ni l'âge ni le sexe ».

Il reprocha à l'abcès de fixation de provoquer de vives douleurs, une suppuration dont on n'est pas maître, des décollements, des escarres, en un mot de graves inconvénients auxquels on ne peut opposer aucun avantage car, les guérisons imputées à la méthode, ne sont-elles pas en réalité dues aux défenses naturelles de l'organisme ?

L'efficacité de la méthode n'est donc nullement démontrée, elle reste hasardeuse et dangereuse, il faut l'éliminer de l'arsenal thérapeutique moderne.

Après M. COMBY, les défenseurs de la méthode prirent la parole :

M. FEUILLÉ essaya d'expliquer le mode d'action de l'abcès de fixation. D'après lui, cette thérapeutique aurait comme effet de remplacer par des leucocytes jeunes les leucocytes vieillis qui ne peuvent plus mener à bien leur mission de lutte contre l'infection.

NETTER, surtout, s'éleva contre les arguments de COMBY.

D'après lui, l'abcès de fixation constitue un excellent moyen de lutte dans les gripes compliquées, dans l'encéphalite léthargique, dans les cas de méningites à méningocoque résistant à la sérothérapie. Quant à la douleur, gros argument des détracteurs de la méthode, elle est très réduite si l'on veut bien se conformer à une bonne technique et en particulier si l'on n'omet pas d'injecter un peu d'air avant de retirer l'aiguille pour éviter au derme le contact du liquide irritant.

BORDIN nia également l'élément douleur et conseilla la pratique et l'ouverture précoce de l'abcès. « Il existe peu de méthodes thérapeutiques, dit-il, dans lesquelles l'effet obtenu coïncide d'une façon aussi éclatante avec l'emploi de la médication ».

GUINON, enfin, se félicita des résultats qu'il avait obtenus avec l'abcès de fixation.

Plus tard, MM. PIC et DELORE critiquèrent énergiquement l'opinion de COMBY. « Il suffit, disent-ils, d'avoir quelque peu la pratique de l'abcès de fixation pour juger de l'exagération et du parti-pris de ces affirmations, d'autant plus surprenantes que celui qui les porte reconnaît n'avoir jamais pratiqué d'injections térébenthinées ».

Bien d'autres auteurs se sont déclarés partisans de la méthode.

Voici ce qu'en pense M. le Professeur G. CANUYT, de Strasbourg (*Strasbourg Médical*, 5 octobre 1936) : « Personnellement, nous avons étudié les travaux de FOCHIER, ARNOZAN, CARLES, CHAMBRELENT, DUVER-

GEY, NETTER, DIEULAFOY, RENDU, SABRAZÈS, FIEUX, PIC, CASTAIGNE, BOURRET, CREYX, VIGNES, VERGELY, DE COQUET, etc... Nous avons vécu aux côtés de ceux qui avaient une longue pratique des abcès de fixation et nous avons fait des abcès de fixation chez nos malades depuis de longues années dans les cas d'infections et de septicémies. Nous sommes partisans de cette méthode parce qu'elle est *efficace* à condition de bien la connaître... »

« S'il est facile, poursuit-il, d'affirmer que l'abcès de fixation est inopérant, il est beaucoup plus difficile de le prouver et on pourrait prétendre la même chose de toutes les thérapeutiques anti-infectieuses », et il conclut: « Nous pensons qu'il serait regrettable de se priver d'une arme thérapeutique de grande valeur, car elle donne des résultats dans des cas bien déterminés, en particulier dans les septicémies. Il n'y a pas beaucoup de thérapeutiques anti-infectieuses dont on puisse en dire autant. Voilà la raison pour laquelle depuis 1891, cette méthode a toujours survécu et a conservé des partisans. Voilà pourquoi depuis de nombreuses années nous sommes resté fidèle à l'abcès de fixation ».

## II. -- INDICATIONS ET VALEUR DE L'ABCÈS DE FIXATION DANS L'INFECTION PUERPERALE

L'infection puerpérale est une indication reconnue de l'abcès de fixation et c'est à elle que FOCHIER fit

ses premières applications d'une méthode qui fut bien accueillie et vite adoptée par un certain nombre d'accoucheurs qui voyaient d'un œil favorable naître une méthode capable de diminuer la mortalité jadis considérable de l'infection puerpérale.

Dès 1909, VOITURIER, dans sa thèse, publiait une statistique portant sur 120 cas d'infection puerpérale traitée dans le service de COMMANDEUR par l'abcès de fixation.

La proportion de mortalité s'élevait à 33 %. Elle semblait donc rester très élevée malgré l'injection térébenthinée, mais COMMANDEUR réservait la méthode de FOCHIER aux cas très graves et souvent à la période terminale, donc trop tard. Cette forte proportion d'échecs ne doit donc pas étonner. VOITURIER avait fait cette remarque et concluait à la nécessité d'employer la méthode plus tôt. Il classifiait ainsi les indications de la méthode dans l'infection puerpérale :

1° Au début des infections puerpérales, la thérapeutique locale étant insuffisante ;

2° Dans les infections avancées, les septicémies streptococciques, en se basant sur les signes cliniques et sans attendre les résultats de l'hémoculture ;

3° Dans les localisations infectieuses, au début (phlegmon du ligament large, phlébite péri-utérine). L'abcès de fixation limiterait alors les lésions locales.

Dans ce troisième cas, l'abcès n'est pas employé dans le service de M. le Professeur agrégé METZGER.

Dans la péritonite, la manie puerpérale, l'abcès reste en général inefficace.

Nous avons vu plus haut l'opinion de M. le Professeur agrégé METZGER et comment il faut pratiquer l'abcès : précocement et seul.

Voici maintenant quelques autres opinions autorisées sur la valeur de l'abcès de fixation :

M. LE PROFESSEUR JEANNIN : « Nous avons, dans la production d'un abcès artificiel, une méthode sûrement inoffensive, fort peu douloureuse et certainement active ; il convient d'y avoir recours dès qu'il est évident que la thérapeutique locale s'est montrée impuissante à arrêter la marche en avant de l'infection ». (La pratique de l'Art des accouchements, par MM. BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIGNES (*Le Progrès Médical*, 17 nov. 1931). L'auteur emploie l'abcès de fixation toutes les fois qu'il a à traiter une forme grave d'infection puerpérale. Quoiqu'il ne puisse apporter aucune preuve de son efficacité, il a l'impression qu'il est utile dans certains cas et qu'il n'est pas dangereux.

MM. PIC et DELORE (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 avril 1930) : « Sans exagérer l'importance de l'abcès de fixation, nous disons qu'il mérite d'être mis en œuvre contre la septicémie puerpérale et qu'on aura d'autant plus de chances d'en avoir des résultats favorables qu'on l'aura appliqué plus précocement ».

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU (Assises nationales sur

l'abcès de fixation, 1<sup>er</sup> mars 1936) : « ... je les emploie assez souvent et j'ai l'impression qu'ils sont plutôt favorables et, en tout cas, non dangereux... la prise de l'abcès est, en général, d'un bon pronostic. Je prescris l'injection d'essence de térébenthine dans les cas qui, dès le début, semblent graves, sans localisations utérines ou péri-utérines : température élevée, frissons, pouls rapide ».

On voit donc que la valeur de l'abcès de fixation, dans l'infection puerpérale, est reconnue indiscutablement par nombre de personnalités parmi les plus marquantes.



## CHAPITRE IV

### MODE D'ACTION

Si la valeur curative de l'abcès de fixation est encore mise en doute par certains, la cause, ou tout au moins l'une des causes, en est qu'on manque d'une théorie scientifique explicative suffisamment nette.

Certes, de nombreux auteurs ont cherché cette explication mais les théories qui restent en présence, aussi simples et séduisantes que soient certaines d'entre elles, ne suffisent pas à expliquer le mode d'action de l'abcès de fixation qui agit certainement d'une façon très complexe. MM. PIC et DELORE ont fait un exposé très clair de ces différentes théories.

#### I. -- THEORIE DE LA FIXATION DES MICROBES ET DES TOXINES

C'est la première théorie en date, c'est celle de FOCHIER. Les effets favorables de l'abcès seraient la conséquence de l'arrêt, de la fixation des germes de

l'affection en cause et l'abcès pourrait être assimilé aux abcès « critiques » des maladies infectieuses.

DIEULAFOY s'opposa à cette conception : en effet, quels sont les caractères du pus de l'abcès de fixation ? C'est un pus crémeux, exhalant une forte odeur d'essence de térébenthine, mauvais milieu de culture et dans lequel l'examen microscopique ne décèle aucun microbe. Or, remarquait DIEULAFOY, le pus des abcès critiques contient toujours l'agent pathogène de l'infection causale et il proposait de donner à l'abcès térébenthiné le nom d' « abcès de dérivation ».

REVILLIOD de Genève, combattit les arguments de DIEULAFOY. La stérilité du pus de l'abcès de fixation ne serait qu'apparente. Les microbes attirés vers l'abcès seraient détruits au contact de l'essence de térébenthine, puissant antiseptique. En effet, dans le pus des abcès provoqués par des substances irritantes mais non antiseptiques, on retrouve les agents de la maladie générale.

REVILLIOD proposa le terme d' « abcès de dépuration ». « La saleté, dit-il, est à l'intérieur, l'abcès l'enlève et la rejette au dehors ».

Divers autres faits expérimentaux interviennent encore en faveur de la théorie de la fixation.

Tout d'abord, un examen minutieux a pu déceler des microbes dans le pus de l'abcès de fixation.

D'autre part, en 1902, CARLES a montré que, chez des animaux intoxiqués par le cuivre, le plomb, l'arsenic, le pus des abcès de fixation contenait une grosse

quantité de ces poisons minéraux, plus même parfois que dans le foie.

« On peut supposer, dit-il, que les abcès de fixation agissent vis-à-vis des poisons minéraux, en les fixant, les neutralisant, les éliminant. Ils deviendraient alors des auxiliaires précieux pour un organisme défaillant dont les glandes antitoxiques surmenées sont devenues insuffisantes ».

LE TORRE pratiqua une injection d'essence de térébenthine dans le tissu cellulaire sous-cutané de chiens à qui il avait au préalable inoculé le charbon. De nombreuses bactériidies charbonneuses purent être mises en évidence dans le pus et dans l'œdème de l'abcès.

D'autres auteurs mirent les mêmes faits en évidence en ce qui concerne le bacille d'Eberth et le streptocoque.

En 1920, MM. NETTER et SÉZARY, étudiant le pus d'un abcès de fixation provoqué au cours d'une méningite à pneumocoque, y mirent en évidence la présence des antigènes spécifiques du pneumocoque.

La théorie de la fixation, quels que soient les arguments en sa faveur, ne saurait à elle seule prétendre expliquer la façon d'agir de l'abcès térébenthiné provoqué.

## II. -- THEORIE ANTISEPTIQUE ET OXYDANTE

Depuis longtemps on sait que l'essence de térébenthine jouit de fortes propriétés antiseptiques, pro-

priétés qui furent facilement mises en lumière dès 1887 par CHAMBRELENT (*Annales de l'Institut Pasteur*) et en 1889, par CADÉAC et Abin MEUNIER (*Annales de l'Institut Pasteur*) qui montrèrent que l'essence de térébenthine tuait le microbe de la morve en 67 heures et le bacille d'Eberth en 45 heures.

Le Professeur FABRE, de Lyon, défendit cette théorie suivant laquelle l'action thérapeutique de l'abcès de fixation résiderait uniquement dans l'action antiseptique de l'essence de térébenthine, qui agirait directement sur l'agent microbien causal. Il réalisa l'expérience suivante : mettant en présence une goutte d'essence de térébenthine avec 10 cc. de bouillon de culture de streptocoque pyogène, il constata un net ralentissement de la culture. Alors que cette réaction était nulle en employant 1/2 goutte, 5 gouttes atténuaient très nettement la culture.

Le Professeur FABRE proposa donc, partant de ce principe, de substituer à l'abcès de fixation, dans le traitement de l'infection puerpérale, des injections sous-cutanées et intra-utérines de sérum térébenthiné. On utiliserait ainsi le pouvoir antiseptique de l'essence de térébenthine en évitant son action irritante.

Il est bien certain que l'essence de térébenthine jouit de propriétés antiseptiques. Elles ont été suffisamment mises en lumière « in vitro ». D'autre part, elle est absorbée (odeur de violette dans les urines quelques heures après l'injection). Mais cette absorption n'est que partielle et très lente car l'essence de

térébenthine insoluble reste en grosse partie à l'état d'inclusion au niveau du point d'injection et on la retrouve en fines gouttelettes dans le pus de l'abcès.

D'autre part, à côté de l'action antiseptique, on a invoqué l'action oxydante de l'essence de térébenthine. L'ozone du térébenthène, principe actif de l'essence de térébenthine, agirait directement par oxydation sur les microbes et leurs toxines.

Mais cette action antiseptique et oxydante ne doit être considérée que comme une action accessoire, étant donné la lenteur d'absorption de ce produit.

### III. -- THEORIE DE LA REVULSION

POUR FOCHIER, ARNOZAN, REVILLIOD, MANQUAT, l'abcès de fixation agirait en partie par un processus de révulsion, analogue en somme à l'ancien séton, irritant les extrémités nerveuses. Ces auteurs expliquent alors l'inefficacité de l'abcès dans certains cas très graves par le fait que l'organisme étant très déprimé, le système nerveux ne peut plus réagir.

### IV. -- THEORIE DE LA LEUCOCYTOSE

Suivant cette théorie, l'abcès de fixation stimulerait la leucocytose. Or nous savons depuis longtemps que les leucocytes phagocytent les microbes. Mais l'hyperleucocytose avec polynucléose que déclencherait l'injection est-elle réellement prouvée ?

Oui, pour CHAUFFARD, qui l'avait notée dans les cas où l'abcès « prenait ».

CHANTEMESSE, qui partagea tout d'abord cette opinion, disait avoir ensuite toujours observé une diminution des leucocytes. CARLES également. VOITURIER nie l'influence de l'abcès sur le nombre des globules blancs. TODD vit, au cours d'une pneumonie, les globules blancs passer en 24 heures de 22.000 à 34.000, mais au cours d'une broncho-pneumonie les leucocytes passèrent de 17.000 à 15.000 et remontèrent ensuite à 21.000 seulement.

BOVER observa dans 8 cas de typhoïde une diminution, dans 8 cas de pneumonie une élévation, et dans 3 cas d'érysipèle une élévation. Chez le lapin il constata toujours une élévation et il conclut que si l'hyperleucocytose manquait parfois chez l'homme, c'est que les doses injectées étaient faibles.

On voit donc que les observations sont très contradictoires et qu'on ne peut conclure à une hyperleucocytose avec polynucléose constante et que si cette théorie simple peut séduire l'esprit, elle ne saurait expliquer à elle seule l'action de l'abcès de fixation.

## V. -- THEORIE DES MODIFICATIONS HUMORALES

En 1904, à Rome, LE TORRE conclut de ses expériences que les leucocytes détruits au niveau de l'abcès de fixation donnaient le jour à des substances jouissant d'un grand pouvoir bactéricide. Il inocula

à différents lapins une quantité égale de culture charbonneuse puis il fit à certains d'entre eux une injection d'essence de térébenthine.

Comparant les pouvoirs bactéricides du sérum des lapins qui avaient reçu l'injection térébenthinée et du sérum des autres lapins, il constata que celui des lapins du premier lot était très supérieur à celui des lapins qui n'avaient pas reçu d'essence de térébenthine.

D'autre part M. RAMON a montré que chez les chevaux préparés contre la toxine tétanique et qui présentent un abcès, les antitoxines augmentent dans une proportion considérable et que, d'ailleurs, l'injection sous-cutanée d'une substance comme le tapioca suffit à renforcer l'immunité.

FEUILLÉ estime que l'abcès de fixation déclenche la production d'une grande quantité de leucocytes du sang normal, véritable flux leucocytaire. Les leucocytes jeunes et suffisamment armés pour mener à bien la lutte anti-infectieuse seraient appelés à remplacer les leucocytes vieilliss. En outre l'abcès provoquerait dans le sang circulant une leucolyse libérant dans le plasma des albumoses principalement, mais également tous les produits de la leucolyse : cytoglobines, cytases, alexines, etc., réalisant ainsi des *chocs* identiques à ceux obtenus par injection intra-veineuse de peptones, modifiant favorablement la crise sanguine. Il s'agirait donc d'une véritable « leucocrasithérapie » accélérant la crise terminale de la maladie en cours et dont le mûrissement de l'abcès réali-

serait la phase optima ; à ce moment, en effet, la poche purulente se charge en albumoses dont la résorption est facile. On voit alors l'intérêt qu'il y a à n'inciser que lorsque l'abcès est franchement constitué.

On peut donc admettre l'intervention des produits de leucolyse dans le mécanisme d'action de l'abcès de fixation, mais ils n'agissent pas seuls. En effet, la pyothérapie aseptique passive qui consiste à injecter du pus aseptique prélevé chez un cheval chez qui on a provoqué un abcès térébenthiné ne donne pas des résultats aussi bons que ceux de l'abcès de fixation.

## VI. -- THEORIE DE LA DERIVATION

MM. PIC et DELORE lui attribuent une grosse importance.

Depuis longtemps on connaît les notions de déplacement des fluxions et des métastases : l'abcès attirerait dans une région non dangereuse des globules blancs qui pourraient être une cause de danger ailleurs. On sait qu'au cours d'un processus inflammatoire plus les leucocytes seront nombreux au niveau du foyer d'inflammation, plus seront étendues les lésions. Il y aurait donc intérêt à diminuer, à *dériver* le flux leucocytaire. C'est ainsi qu'agirait l'abcès de fixation.

Après l'exposé de ces différentes théories, il semble bien que le mode d'action de l'abcès de fixation ne

soit pas un, mais très complexe, une importance particulière devant être attribuée à la dérivation, aux modifications humorales par les produits de désintégration des leucocytes, aux phénomènes de choc et à la rénovation leucocytaire.



## CHAPITRE V

### RESULTATS

#### DANS QUELS CAS LES ABCES DE FIXATION ONT-ILS ETE PRATIQUES ?

Les abcès de fixation que nous avons vu pratiquer dans le service de M. le Professeur Agrégé METZGER, et dont nous allons rapporter un peu plus loin les résultats, ont été faits chez des femmes présentant manifestement des signes d'infection puerpérale grave.

Chez toutes, nous voyons une élévation de température atteignant et souvent dépassant 39°, une altération réelle de l'état général ; chez presque toutes, des frissons, des lochies fétides, un utérus gros et douloureux.

#### **Inutilité de l'hémoculture**

Certes, l'hémoculture n'a, en général, pas été pratiquée, mais n'a-t-on pas pu montrer que dans un tiers à la moitié des cas, le sang des infectées puerpérales est envahi par le streptocoque lorsque la tem-

pérature dépasse 38° ? Les autres germes sont très difficiles à identifier par l'hémoculture ; quant au staphylocoque, sa présence n'est souvent que le résultat de fautes de technique dans le prélèvement.

D'ailleurs, si dans le service de M. le Professeur agrégé METZGER l'hémoculture n'est presque jamais pratiquée chez les infectées puerpérales, c'est que son utilité, au point de vue pronostic et traitement est très discutable.

Au point de vue pronostic ? Nombreuses sont les femmes qui guérissent malgré une hémoculture positive, et, d'autre part, on a vu des femmes succomber alors que l'hémoculture s'était toujours révélée négative.

Au point de vue traitement ? Que l'hémoculture soit positive ou non, *cela ne change rien au traitement de l'infection puerpérale par l'abcès de fixation.*

« L'infection puerpérale — a dit M. le Professeur agrégé METZGER — a une tendance naturelle à guérir ; il faut aider la femme à se guérir elle-même sans troubler ses moyens de défense par des traitements intempestifs ».

Aussi avons-nous laissé de côté les cas légers où la température dépasse à peine 38° pendant quelques jours et où l'état général n'est pas très touché. Ces cas guérissent seuls. De même nous ne rapportons pas de cas avec localisation (phlébite, phlegmon du ligament large, etc.).

Nous avons vu plus haut qu'en 1909, VOITURIER, tra-

vaillant dans le service de COMMANDEUR, avouait une proportion de mortalité de 33 % pour les infections puerpérales traitées par l'abcès de fixation ; mais VOITURIER ajoutait que ces abcès avaient été pratiqués trop tard et à la période terminale souvent.

En 1926, MARMASSE, dans sa thèse, nous rapporte les résultats obtenus à la Maternité de Tenon, dans le service de M. le Professeur agrégé METZGER, pendant 26 mois.

Pendant ce laps de temps, il y eut 3.433 accouchements au terme de 7 à 9 mois, déduction faite des césariennes.

En 26 mois, il y eut 143 cas d'infection puerpérale grave ; deux décès seulement furent à déplorer, ce qui donne une mortalité de 1,4 pour cent, soit une mortalité globale de 0,058 pour cent.

En 26 mois, 53 abcès de fixation furent pratiqués ; 2 femmes seulement moururent : l'abcès n'avait pas pris.

Nous avons relevé dans le service de M. le Professeur agrégé METZGER, tant à la Maternité de Bichat qu'à celle de Port-Royal, 73 cas d'abcès de fixation, dont 20 seront rapportés plus loin.

Sur ces 73 cas d'infection puerpérale grave, on n'eut à enregistrer également que 2 décès.

A la Maternité de Port-Royal, où M. METZGER ne professe que depuis le début de l'année 1938, il y eut du 1<sup>er</sup> janvier 1938 aux premiers jours de novembre, 2.950 accouchements.

71 interventions, curettages exceptés, furent pratiquées, se divisant comme suit :

Césariennes : 29,

Laparotomies pour causes variées : 12,

Hystérectomies : 13,

Périnéorraphies secondaires : 7,

Embryotomies : 7,

Diverses : 3.

La mortalité globale à la Maternité de Port-Royal a été de 0,060 %, soit un chiffre sensiblement identique à celui rapporté par MARMASSE (0,058 %). Mais la mortalité par rapport au nombre d'abcès de fixation pratiqués est inférieure : 2,07 % contre 2,15 %, étant entendu, une fois encore, que les abcès de fixation ne sont pratiqués que chez des femmes présentant une infection puerpérale grave.

Nous avons dit que 2 décès s'étaient produits chez des femmes ayant reçu l'injection térébenthinée. Il nous faut revenir sur ces deux décès.

Dans le premier cas il s'agissait d'une femme âgée de 38 ans, onzième pare, chez qui deux abcès tentés successivement et, d'ailleurs, très tardivement, n'avaient pas pris : cas désespéré ; la femme mourut au milieu de phénomènes cérébraux très marqués (paralysie faciale, hémiplegie). L'autre cas de mort se produisit chez une cinquième pare, après accouchement gémellaire, le deuxième jumeau ayant dû être extrait par version suivie de délivrance artificielle. Ici, une hystérectomie subtotale avait été pratiquée presque en même temps que l'abcès. L'opéra-

tion s'était bien passée, la malade semblait devoir guérir, lorsque des complications pulmonaires l'emportèrent. Dix-huit jours après son opération, elle mourait d'œdème aigu du poumon.

On voit donc que dans les deux cas la carence de la méthode de FOCHIER n'est nullement évidente, puisque dans un cas les deux abcès successivement pratiqués n'avaient pas pris et que, dans l'autre, la femme mourut bien plus de ses complications pulmonaires que de son infection puerpérale.

D'ailleurs nous ne prétendons pas que l'abcès de fixation guérit à coup sûr toutes les infections puerpérales, mais ce que nous affirmons, c'est *qu'il guérit toutes les formes qui peuvent guérir*, certains cas où le sang de la malade est par trop envahi par l'agent pathogène, devant être considérés comme désespérés.

## **COMPARAISON DE LA METHODE DE FOCHIER AVEC D'AUTRES METHODES DE TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPERALE**

### **La transfusion du sang**

Dans « La Gynécologie » d'octobre 1934, le Professeur M.-G. SERDUKOFF, directeur scientifique de l'Institut régional de Moscou pour la protection de la maternité, nous dit qu'à Moscou la mortalité pour la fièvre puerpérale a oscillé, de 1930 à 1932, entre 13 et 18 %.

SERDUKOFF recommande la transfusion du sang (qui a, d'ailleurs, parfois été tentée par M. le Professeur agrégé METZGER dans certains cas graves, mais dont les résultats furent loin d'être aussi probants que ceux enregistrés avec l'abcès de fixation) « dans les cas d'infection septique avec absence d'abcès, comme moyen d'activer l'organisme ».

Selon lui, dans un tiers des cas elle diminue la durée de la maladie. Dans les cas très graves, elle serait contre-indiquée et pourrait même hâter une issue fatale. C'est donc dans les cas de gravité moyenne qu'il faudrait l'employer. SERDUKOFF a fait, dans sa clinique, 100 transfusions, dont 30 fois dans des cas désespérés. Il a obtenu chez des malades atteintes d'infection puerpérale grave une mortalité globale de 40 % et en éliminant les cas désespérés, une mortalité de 13 %.

Nous sommes loin des chiffres cités plus haut.

### **La sérothérapie antistreptococcique**

G. BERNARD rapporte (Thèse LAPORTE, Paris 1936), 35 cas d'infection puerpérale traités par le sérum à la Maternité de Lausanne.

La proportion de guérisons a été de 37,1 %, et en déduisant 5 cas où la mort est survenue dans les premières heures du traitement, et 4 cas où on n'a pas trouvé le streptocoque à l'hémoculture, la proportion de guérisons s'est élevée à 47,3 %.

BURT WHITE, dans le « Lancet » (Thèse LAPORTE),

a eu 8 morts sur 27 cas traités, soit une mortalité de 29,6 %.

Remarquons que la sérothérapie, traitement spécifique, ne peut s'appliquer qu'aux seuls cas où la présence du streptocoque est prouvée.

### **Les arsénicaux**

Dans sa thèse, JOANNY rapporte une statistique établie à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine : la mortalité globale, en 1923, a été de 0.04 %, après traitement arsenical. Donc, bons résultats et comparables à ceux que nous avons cités plus haut.

On voit donc, si l'on veut ne se baser que sur des chiffres, que l'abcès de fixation doit obtenir une place de choix dans l'échelle des traitements de l'infection puerpérale.

## CHAPITRE VI

### OBSERVATIONS

#### OBSERVATION

COMMUNIQUÉE PAR M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGER

Nous allons tout d'abord rapporter ici une observation que M. le Professeur agrégé METZGER a bien voulu nous communiquer lui-même.

L'étude de la courbe de température de cette malade est instructive en raison de son caractère typique.

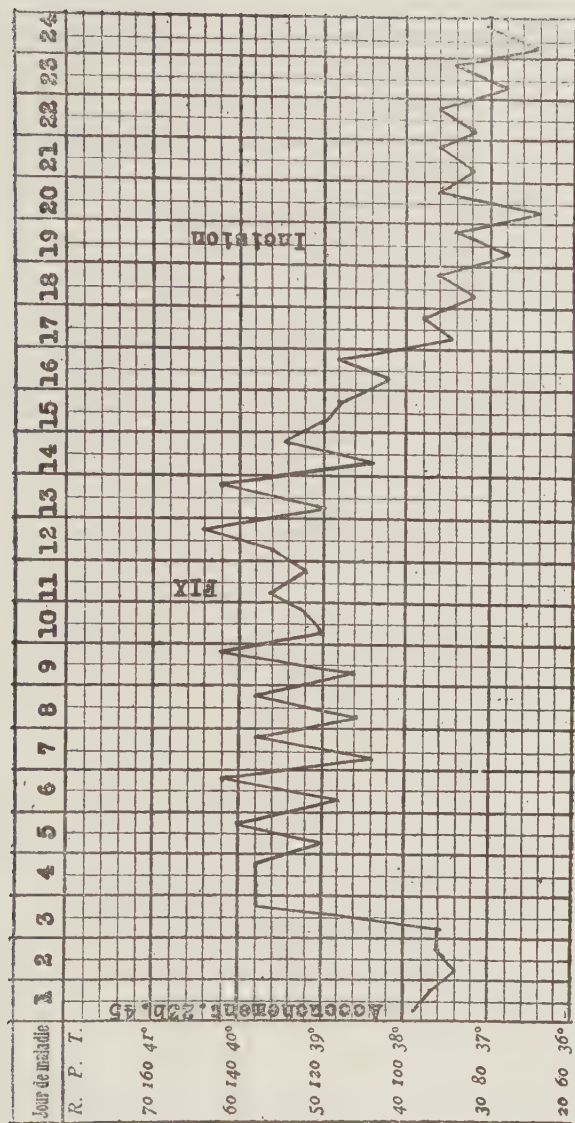
La femme, Mme Del..., soignée en ville, accouche dans une clinique privée le 20 mars 1935. Dès le lendemain, la température s'élève, pour atteindre 39°8 le troisième jour (23 mars).

Du 23 mars au 31 mars, la courbe de température va osciller entre 38°5 et 40°2.

Pendant cette période, divers traitements généralement mis en œuvre contre l'infection puerpérale (chimiothérapie, sérothérapie, etc.), sont essayés *sans aucun résultat*.

Le 31 mars, en désespoir de cause, on se décide à faire transporter la malade dans le service de M. le Professeur METZGER, à la Maternité de Bichat.

M. METZGER ordonne la pratique immédiate d'un abcès de fixation. La température est alors à 39°6.



Observation communiquée par M. le Professeur agrégé METZGER

Dès le lendemain, *la température monte* ; elle atteint 40°4, chiffre encore jamais atteint. Le jour suivant elle est à 40°1 et à 39°4 le troisième jour.

Bien entendu, aucun autre traitement n'est mis en œuvre et on attend que l'action de l'abcès se fasse sentir. Cela ne tarde pas et la température baisse progressivement jusqu'au 8 janvier, jour de l'incision de l'abcès (37°6).

Elle se maintient aux environs de 37°5 pendant trois jours encore pour rester alors à 37°. La femme sortira guérie.

On voit donc que là où de multiples thérapeutiques avaient échoué, l'abcès de fixation a réussi de façon remarquable comme le prouve la courbe de température de la malade.

#### OBSERVATION N° 1

Mme Bl..., jeune femme âgée de 20 ans, dont c'est la deuxième grossesse, entre dans le service, le 30 mars 1936, pour être délivrée.

Elle a accouché en ville, le matin même, à 9 heures, d'un enfant du sexe féminin pesant 3.150 grammes, après une grossesse dont l'évolution avait été normale.

Aussitôt après la sortie de l'enfant, elle présente une hémorragie abondante. A 10 heures, la délivrance ne se faisant pas, son médecin l'envoie à l'hôpital.

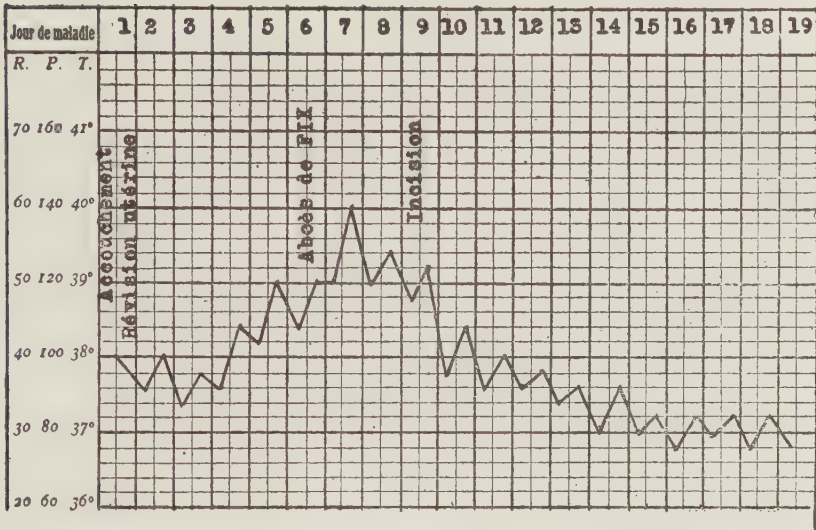
A l'arrivée, on est en présence d'une malade très pâle, dont le pouls bat à 100-110.

La délivrance est faite immédiatement, le placenta se trouvant dans le vagin.

Etant donné les conditions dans lesquelles s'est faite cette délivrance, on décide de la faire suivre d'une révision utérine.

Le 3 avril, soit quatre jours après son entrée dans le service, la température, qui oscillait entre  $37^{\circ}5$  et  $38^{\circ}$ , monte à  $39^{\circ}$ .

Le 4, on pratique un abcès de fixation.



OBSERVATION N° 1

Le 5, la température monte à  $40^{\circ}$ , puis baisse progressivement dans les jours suivants.

Le 7 avril, incision de l'abcès ; la température revient à la normale. Elle est à  $37^{\circ}$  le 14 avril.

## OBSERVATION N° 2

Mme Pi..., primigeste âgée de 32 ans, entre dans le service le 4 février 1936, à 6 heures du matin, parce qu'elle perd du sang. Elle présente des douleurs utérines

depuis la veille, vers 20 heures. Les dernières règles datent du 20 avril 1935. Elle est donc à terme.

Antécédents personnels : A l'âge de 26 ans, alors qu'elle travaillait dans un sanatorium, elle avait fait une hémoptysie. La radio avait montré une petite lésion du poumon droit.

Aucun antécédent héréditaire ou obstétrical.

L'examen pratiqué à l'entrée donne les résultats suivants : tête en bas, encore mobile ; dos à gauche ; bruits du cœur bons ; col dilaté entre 0,50 et 1 franc.

Elle accouche le 5, à 17 h. 30, après rupture artificielle des membranes et épisiotomie unilatérale.

Délivrance naturelle à 17 h. 50.

Le cinquième jour, elle a un grand *frisson*, et la température, normale jusque-là, monte à 38°8 le matin et à 40°4 le soir.

Le lendemain, la température dépassant encore 38°, on fait un abcès de fixation.

La température remonte le jour suivant (septième jour après l'accouchement).

Le huitième jour, elle est à 39°. L'abcès est incisé le dixième jour.

La température va alors baisser progressivement et redevenir normale le quatorzième jour.

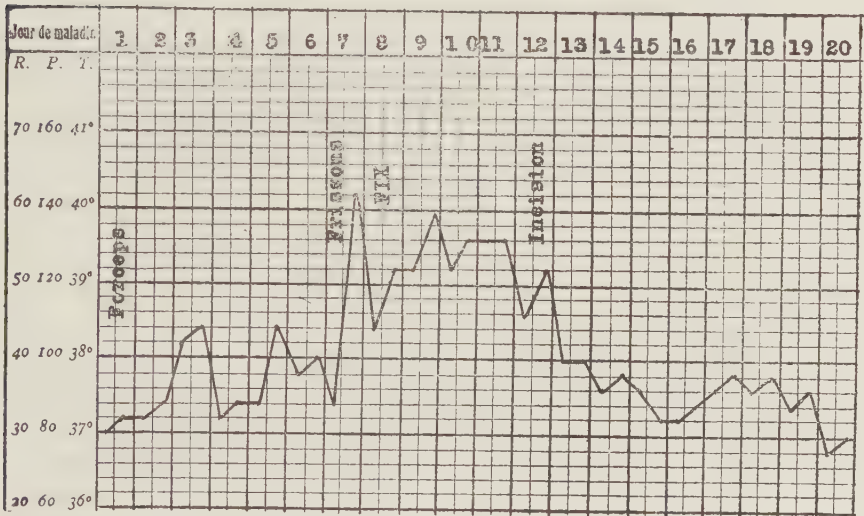
### OBSERVATION N° 3

Mme Lech... entre dans le service le 11 avril 1937. Ses dernières règles datent du 25 au 29 juin 1936. Elle est donc à terme.

Le 12 avril, l'examen pratiqué à 20 heures montre : une tête engagée, une dilatation à 5 francs ; les membranes sont rompues. Les bruits du cœur fœtal sont bons.

Le 13 avril, à 6 h. 1/4, la dilatation est complète.

A 7 h. 30, on pratique un nouvel examen : la tête ne descend pas, les douleurs sont espacées ; les bruits du cœur fœtal se modifient : ils présentent des accélérations suivies de ralentissements brusques. En présence de ces signes de souffrance fœtale on décide de terminer par un forceps qui est pratiqué facilement sous anesthésie au chloroforme.



OBSERVATION N° 3

L'enfant, du sexe féminin, pèse 4 kgs 300, le placenta 600 gr.

La délivrance naturelle a lieu 35 minutes plus tard.

Mais la malade perd du sang. On lui fait une injection de 2 cc. d'ergotine. Dans la nuit, elle saigne encore un peu et le matin du 14 elle expulse quelques gros caillots.

Le 17, dans la soirée, la malade est prise de *frissons* violents et répétés. La température, qui depuis deux jours dépassait 38°, le soir monte à 40°2.

Le 18, la température est à 38°5 le matin. La malade a quelques pertes rouges non fétides. On pratique un abcès de fixation. Le soir la température est à 39°2.

Le lendemain, 19 avril, la température est à 39°3 ; le pouls à 110. La femme présente une fatigue générale très marquée. L'utérus, toujours gros, remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il est dur mais non douloureux.

Les jours suivants, la température se maintient au-dessus de 39°.

L'abcès est incisé le 22, soit au bout de quatre jours.

La température va alors progressivement tomber pour redevenir normale douze jours après la pratique de l'abcès de fixation : le 30 avril, en même temps que l'utérus aura diminué de volume.

#### OBSERVATION N° 4

Mme L..., âgée de 20 ans, première geste, entre dans le service le 13 décembre 1936, à terme.

Le 14, à 2 heures, l'examen pratiqué montre une dilatation complète, une tête encore haute en O.I.G.A. Les bruits du cœur fœtal sont bas.

Nouvel examen à 3 heures. La présentation n'a pas bougé. On décide de terminer au forceps. Celui-ci est facilement pratiqué après épisiotomie préventive droite, les tissus maternels étant très résistants. Une circulaire du cordon autour du cou est sectionnée entre deux pinces.

La femme est délivrée à 3 h. 25. Elle saigne abondamment. Le col et le vagin sont intacts, l'utérus est mou.

On pratique un tamponnement intra-utéro-segmen-

taire et une injection de 2 cc. d'ergotine. L'hémorragie s'arrête.

*Antécédents :* Le procréateur a été traité à Saint-Louis pour spécificité. La femme, qui présente un collier de Vénus, a elle-même reçu une série de novar à Saint-Louis, à la fin de sa grossesse. Son Wassermann s'est révélé très positif.

Dans les jours qui suivent l'accouchement, l'abdomen reste douloureux et le 20 décembre, la température monte à 40°4. On fait une injection sous-cutanée de 2 cc. d'essence de térébenthine.

Le lendemain, la température est à 39°. Le 25, on incise l'abcès ; la température, qui est à 38°, redevient normale dès le jour suivant. L'abdomen n'est plus douloureux.

#### OBSERVATION N° 5

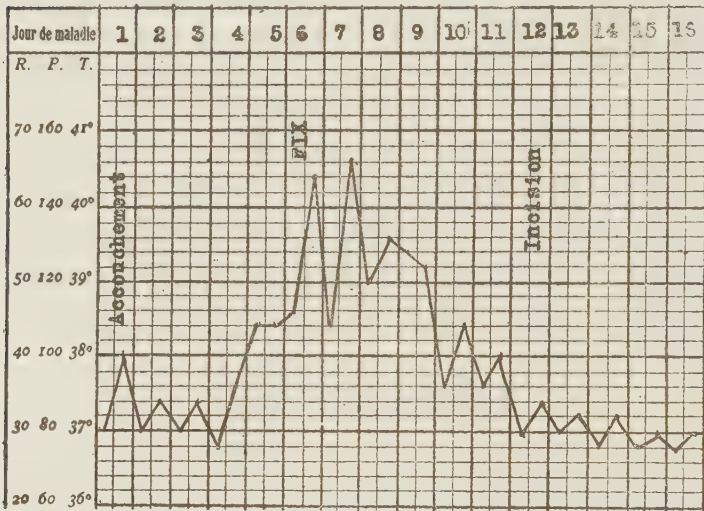
Mme Til..., primigeste âgée de 19 ans, entre dans le service le 11 novembre 1937 parce que, depuis le matin, elle ressent des douleurs. Les dernières règles datent du 15 janvier. Elle est donc à terme. Sa grossesse a été absolument normale. A l'entrée, la dilatation est entre deux et cinq francs.

Elle accouche le 12 au matin : accouchement normal, rupture des membranes spontanée, tempestive, dégagement en O.P. Délivrance naturelle un quart d'heure après. L'enfant, du sexe masculin, pèse 3.730 grammes, le placenta 660 grammes.

Mais dans les jours qui suivent l'accouchement, l'utérus, douloureux, ne se rétracte pas bien. Les pertes de la malade sont très fétides.

Le 16 novembre, la température est à 38°4.

Le 17, elle est à  $40^{\circ}4$ . On pratique un abcès de fixation. Le lendemain, la température monte à  $40^{\circ}6$ . Le 19 novembre, elle est à  $39^{\circ}6$ . Le 20, à  $38^{\circ}6$ . Les pertes sont fétides, l'utérus remonte à mi-distance entre l'om-



OBSERVATION N° 5

bilic et le pubis. La malade ne ressent aucune douleur.

Le 23, on incise l'abcès. La température revient rapidement à la normale. Les pertes perdent leur caractère de fétidité.

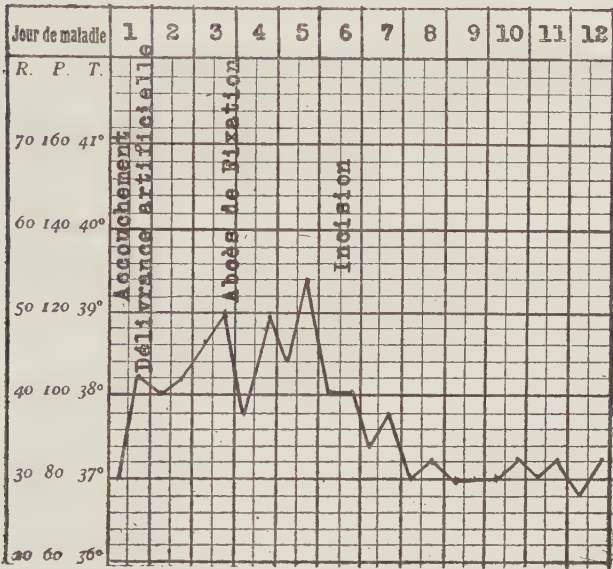
### OBSERVATION N° 6

Mme La... entre le 15 mars 1937, à terme, ses dernières règles datant du 15 juin 1936.

Elle en est à sa cinquième grossesse.

Les deux premières ont été normales. La troisième,

normale également, mais l'enfant est mort à 3 mois, mort dont on ne peut préciser la cause. La quatrième grossesse a été interrompue à 2 mois par un avortement. La cinquième, actuelle, a été normale, mais la femme a été hospitalisée du 5 au 12 mars pour rupture prématurée des membranes.



OBSERVATION N° 6

Le travail a débuté le 14 à minuit. Elle entre à la salle de travail à 4 h. 30 le 15. A 6 h. 25, la dilatation est complète. L'expulsion a lieu à 6 h. 30 ; dégagement en O.P. Le placenta ne se décollant pas, on fait une délivrance artificielle suivie de révision utérine, iodage, tamponnement.

Dès le lendemain la température est à 38°2, puis à

38°8 le jour suivant. Sans attendre, on pratique un abcès de fixation. La température monte à 39°6. Le 20 on incise l'abcès. Très rapidement la température retombe à 37°.

#### OBSERVATION N° 7

Mme Sok..., jeune femme de 22 ans, deuxième geste, entre dans le service le 3 décembre 1937, parce qu'elle perd du sang. Ses dernières règles datent du 15 au 18 septembre 1937. Elle avoue avoir posé une sonde et l'avoir laissée en place une heure.

Le 29, elle a une forte hémorragie avec expulsion de caillots. L'hémorragie persiste dans la nuit du 29 au 30, puis ensuite, mais avec tendance à diminuer. En même temps, elle se sent fiévreuse, a des *frissons*, de la céphalée, des vomissements alimentaires et bilieux.

Elle entre dans le service le 3 décembre 1937, à 22 heures.

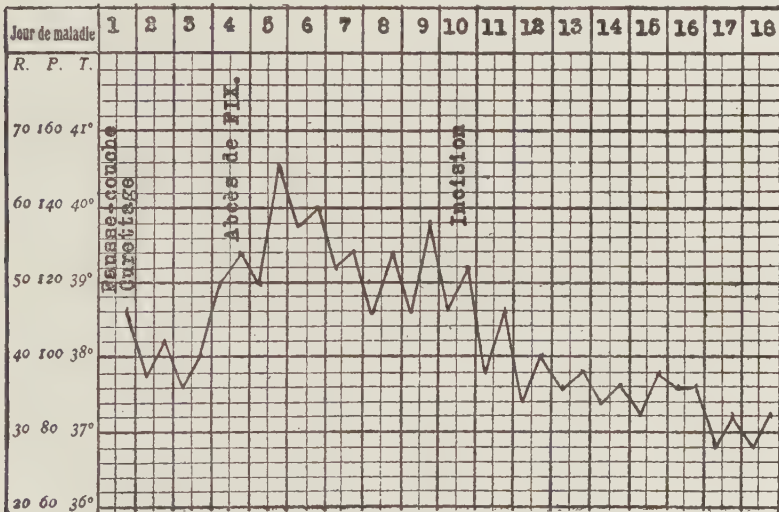
Sa première grossesse avait été normale. Elle avait accouché en février 1937 normalement, d'une fille vivante, à terme, bien portante depuis. La délivrance avait été normale, mais pendant les suites de couches la femme aurait présenté de l'œdème des membres inférieurs et de l'instabilité thermique. Elle dit également avoir perdu du sang en petite quantité pendant les deux mois suivant l'accouchement.

A son entrée, le 3 décembre, elle est pâle, exsangue, les yeux cernés, le nez pincé. La température est à 40°, le pouls à 120. On fait un curettage et on pratique un abcès de fixation. Le lendemain, la température est à 39°. Le 5 décembre, elle est à 39°2 ; le pouls bat à 90, ample, régulier, bien frappé.

Le 7 décembre, quatre jours après l'entrée, on incise l'abcès. La température baisse peu à peu et redevient normale le dixième jour du séjour à l'hôpital.

### OBSERVATION N° 8

La malade, âgée de 37 ans, mère de 5 enfants en bonne santé, entre dans le service parce qu'elle perd du sang, et ce, depuis 3 semaines. Elle avoue avoir provoqué sa fausse-couche.



OBSERVATION N° 8

Sa température à l'entrée est à 38°6. On fait immédiatement un curetage. Les deux jours suivants la température se maintient au-dessus de 38°.

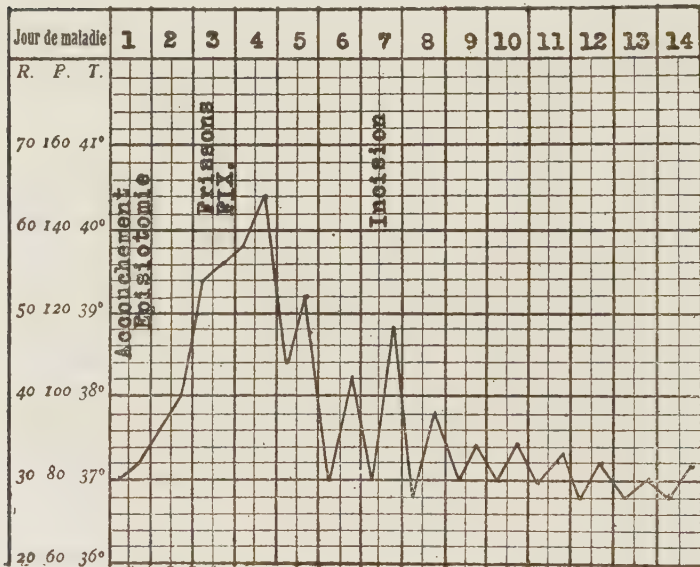
Le quatrième jour elle est à 38°8. On décide de pratiquer un abcès de fixation. Le soir, la température est

à 39°6, le lendemain à 40°4, le surlendemain à 40°. Du sixième au dixième jour, elle se maintient au-dessus de 39°. L'abcès est alors incisé. Le onzième jour la température est à 38°6. Elle va diminuer progressivement et revenir à la normale le dix-septième jour, soit 13 jours après la pratique de l'abcès.

### OBSERVATION N° 9

La malade, âgée de 32 ans, primipare, entre dans le service à terme, pour accoucher.

L'accouchement a lieu le jour même en siège décom-



OBSERVATION N° 9

plété mode des fesses. Une épisiotomie unilatérale droite a été jugée nécessaire. La délivrance est normale, l'enfant également.

Mais, dès le lendemain, la température est à 39° et à 39°4 le jour suivant (3<sup>e</sup> jour). La femme a eu des frissons la nuit. On fait un abcès de fixation.

La température le quatrième jour monte à 40°4, puis redescend progressivement et revient à la normale le neuvième jour. L'abcès a été incisé le septième jour (soit au bout de 4 jours).

#### OBSERVATION N° 10

La malade, jeune femme de 20 ans, entre dans le service pour accoucher au terme d'une grossesse parfaitement normale.

Le jour même de l'entrée, la présentation se révèle être une présentation du front enclavée ; le fœtus présente par ailleurs des signes de souffrance très nets.

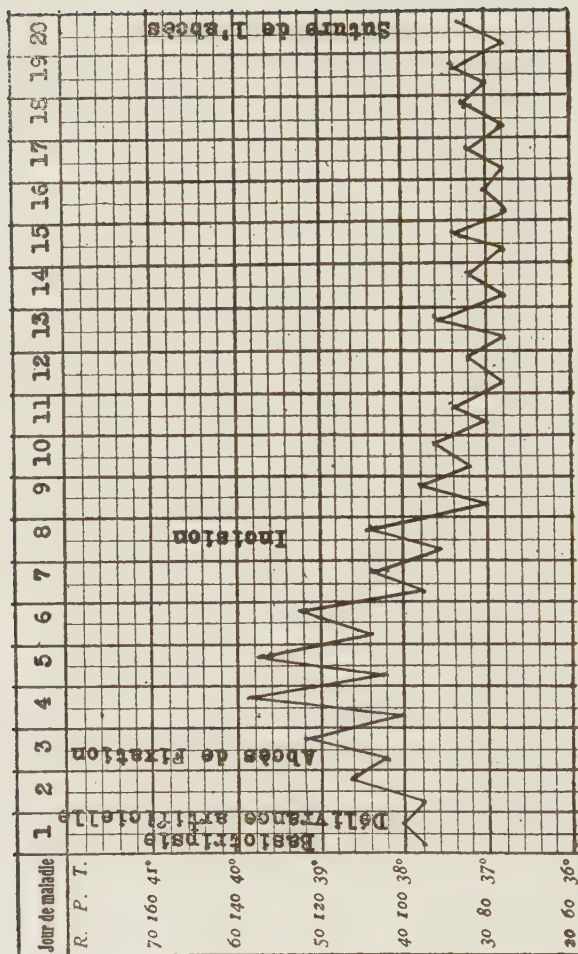
On décide de pratiquer une basiotripsie. Celle-ci est suivie d'une délivrance artificielle. Le placenta pèse 700 gr.

Le lendemain, la température s'élève à 38°6. Le troisième jour elle est le matin à 38°2. On pratique un abcès de fixation. Le soir même, la température est à 39°2 et à 39°8 le quatrième jour.

Elle se maintient deux jours encore au-dessus de 39°. Le huitième jour on incise l'abcès. Le onzième jour la température est à 37°. Elle va rester à la normale. L'abcès sera suturé le vingtième jour.

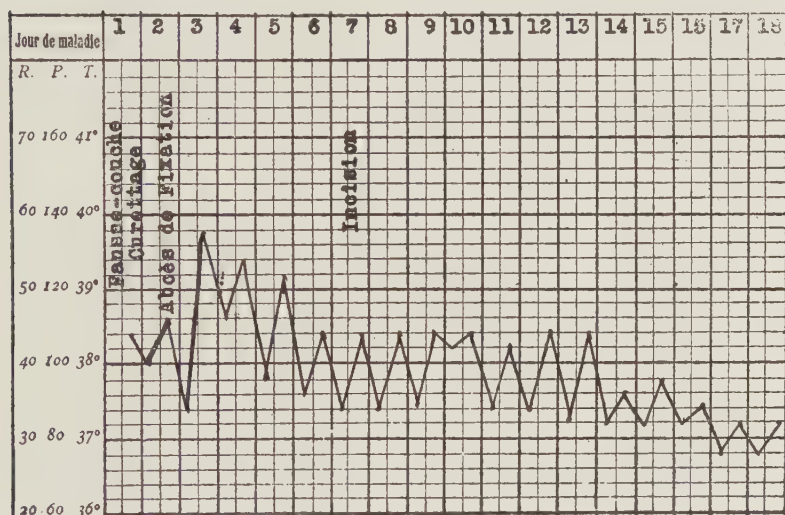
#### OBSERVATION N° 11

Mme V... 5<sup>e</sup> pare, entre dans le service le 3 novembre 1937, pour une fausse couche qu'elle affirme spontanée.



Cette fausse couche a débuté le 2 novembre par des pertes séro-sanglantes non accompagnées de douleurs mais abondantes.

Ses dernières règles dataient du 20 août 1937. Il s'agissait donc d'une grossesse d'un peu plus de deux mois qui avait été accompagnée de nombreux vomissements après les repas et d'anorexie marquée.



OBSERVATION N° 11

La malade est mère de deux enfants âgés actuellement de 13 et 15 ans et bien portants. Elle a, en outre, déjà fait deux avortements, le premier en 1928 et l'autre en janvier 1937.

L'examen pratiqué à l'entrée montre un col mou largement ouvert, un corps utérin remontant à un travers de main au-dessus de la symphise pubienne. La température est à 38°4. Un curetage pratiqué sous anesthésie

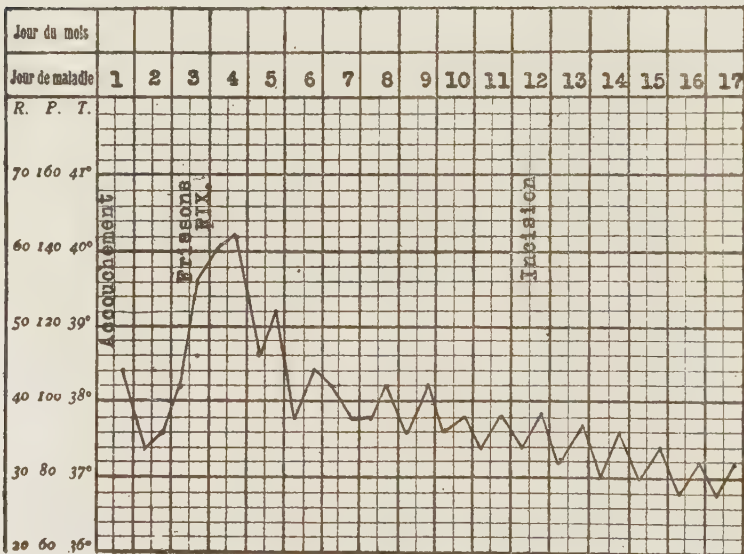
au chloroforme permet de ramener des débris placentaires nombreux.

La température se maintenant au-dessus de  $38^{\circ}$ , on lui fait, le 5 novembre, une injection sous-cutanée de 2 cc. d'essence de térébenthine à la cuisse. Le lendemain la température est à  $39^{\circ}8$ . Le 7 novembre à  $39^{\circ}4$ . Le 8, à  $39^{\circ}$ .

Le 11, la température est à  $37^{\circ}4$  le matin. L'abcès est incisé. En se reportant à la courbe de température, on voit que celle-ci va revenir en quelques jours à la normale.

### OBSERVATION N° 12

Mme Jard..., âgée de 18 ans, entre dans le service le 12 novembre 1937, parce qu'elle ressent des douleurs



OBSERVATION N° 12

depuis la veille. Il s'agit d'une première grossesse, à terme, qui a été tout à fait normale.

L'accouchement a lieu normalement. Dégagement en O. P., pas de lésions vulvo-périnéales. La délivrance, naturelle, se fait 30 minutes après.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 2.710 gr. Le placenta, 440 gr.

Le 14 novembre 1937, la température monte à 38°2 le matin, 39°6 le soir. Sans attendre, la femme ayant eu des *frissons* pendant la nuit, on fait un abcès de fixation.

Comme d'habitude, la température va monter : 40°2 le lendemain 15 novembre, 39°2 le 16 novembre.

L'abcès ne sera incisé que le 23 novembre. La température est alors à 37°4. Elle reviendra rapidement à la normale.

### OBSERVATION N° 13

Mme Mei..., jeune femme de 21 ans, entre le 11 avril 1936 dans le service pour accoucher. Elle ressent des douleurs depuis la veille. Ses dernières règles datent du 12 juillet 1935. Elle est donc à terme.

Elle n'a aucun antécédent obstétrical. C'est une primigeste. Aucun antécédent pathologique également. Sa grossesse a évolué normalement.

Examen à l'entrée: dos à gauche, tête en bas, bruits du cœur bons, dilatation entre petite et grande paumes. A 10 h. 40 les membranes se rompent. A 22 heures les bruits du cœur se modifient : alternance de ralentissements et d'accélération. En présence de ces signes de souffrance fœtale, on décide de terminer au forceps. A 22 h. 20 on extrait au forceps un enfant du sexe fémi-

nin pesant 3.400 gr. Mais l'enfant reste inerte, ne crie pas, ne respire pas. Malgré toutes les tentatives, malgré l'insufflation, il est impossible de le ranimer. La délivrance, naturelle, complète, a lieu à 22 h. 50. La température est alors normale. Dès le 12 avril au soir, elle est à 38°2, à 39°4 le lendemain, à 39°2 le matin du 14 avril.

On fait alors une injection de 2 cc. d'essence de térébenthine dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse. Le jour suivant la température atteint 39°6. Elle est encore à 39°4 le 18 avril. Elle va alors descendre progressivement et revenir à la normale le 28 avril, soit le quatorzième jour après l'injection d'essence de térébenthine.

#### OBSERVATION N° 14

Mme Ben..., âgée de 34 ans, entre dans le service le 30 octobre 1937. Elle accouche une heure après.

La grossesse avait été normale. L'accouchement normal, par le sommet. L'enfant pèse 3.870 gr. La délivrance est normale, le placenta pèse 670 gr.

La femme a un passé obstétrical chargé : c'est sa treizième grossesse.

Sur ses douze grossesses antérieures, 4 se sont terminées par des avortements spontanés entre 3 et 4 mois.

Quatre enfants sont vivants, bien portants. Quatre sont morts respectivement à l'âge de 12 jours, 11 mois, 4 ans, 12 ans.

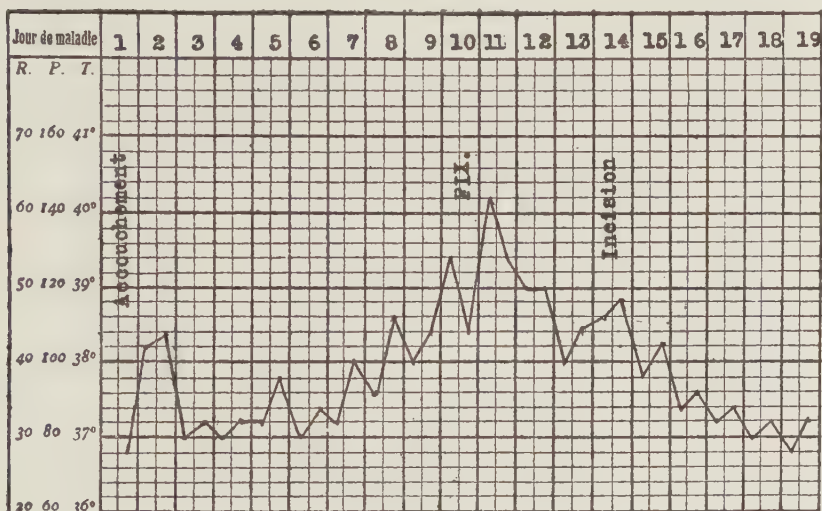
Il est impossible de faire préciser à la malade la cause de ces décès.

Dans le service même où elle était venue consulter au septième mois de sa dernière grossesse, on lui avait fait

une série de novar. Au cours de la même grossesse on lui avait fait antérieurement du sulfar.

Déjà, chez elle en Algérie, elle avait reçu un traitement spécifique (acétylarsan). Malgré cela, elle avait fait sa quatrième fausse couche.

Son B. W. s'est révélé négatif.



OBSERVATION N° 14

Le lendemain de l'accouchement, la température est à 38°2 ; elle va s'élever progressivement jusqu'à 39°2 au dixième jour. On lui fait alors un abcès de fixation. Le lendemain, la température est à 40°2 (11° jour). Le douzième jour, elle est à 39°. Le quatorzième jour, elle est à 40°2. On incise l'abcès.

Le dix-huitième jour, elle revient à la normale.

### OBSERVATION N° 15

Mme Om..., deuxième pare, entre le 29 mai 1938 à la salle de travail, à 7 h. 15. Elle accouche le 29, à 9 h. 25 d'un enfant vivant, à terme, pesant 3.400 gr. La délivrance est naturelle. La femme va bien, sa température est normale. Mais, le 31 mai, la température est à 39°4 (la femme avait eu un grand *frisson* dans la nuit précédente). L'utérus est très douloureux, les lochies ne sont pas fétides. On décide de pratiquer un abcès de fixation.

Le soir même, la température est à 40°4. Les jours suivants, comme à l'habitude, la température va se maintenir aux environs de 39° et atteindre même, le 4 juin, 40°. On incise l'abcès.

Le 6 juin, le toucher vaginal est encore douloureux. Le bord droit de l'utérus est douloureux, mais le cul-de-sac droit est libre. Le lendemain (10<sup>e</sup> jour), la température est à 39°. Elle va alors baisser et redevenir normale le quatorzième jour.

### OBSERVATION N° 16

Mme H..., 4<sup>e</sup> pare, entre à la Maternité le 3 juin 1938 pour accoucher. L'examen à l'entrée, à 2 h. 15, montre : une tête en bas, mobilisable, un col dilaté à 2 francs, les membranes intactes. Les bruits du cœur sont bons, la température est à 37°, il y a un léger œdème des membres inférieurs.

L'accouchement, normal, a lieu à 5 heures du matin. L'enfant, du sexe féminin, vivant, pèse 3.760 gr., le placenta 670 gr. La délivrance, naturelle, se fait à 5 h. 30. La femme va bien, le poulx est à 64.

Le lendemain, la femme se plaint de tranchées, calmées par un suppositoire à l'aspirine. Le 6 juin, trois jours après l'accouchement, la femme a un grand *frisson*, la température monte à 39°4, le pouls bat à 110. Les lochies sont abondantes, fétides ; l'utérus est douloureux sur son bord droit.

On pratique un abcès de fixation. Le soir même, la température est à 40°, elle atteint 39°6 le lendemain, et 38°8 le jour suivant. Le cinquième jour après la pratique de l'abcès, on incise. La température va peu à peu revenir à la normale.

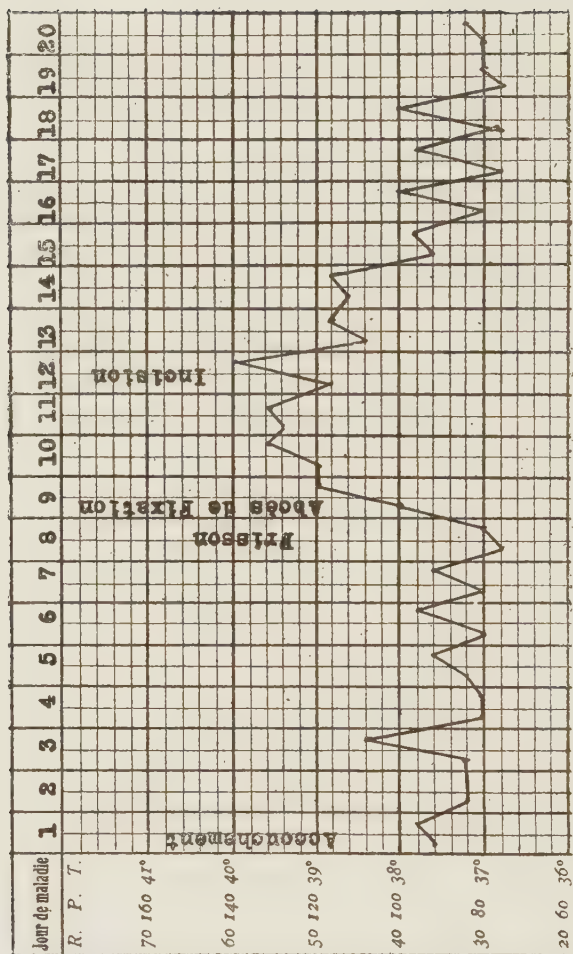
#### OBSERVATION N° 17

Mme Lec..., 37 ans, 8<sup>e</sup> pare, accouche, le 27 mai 1938, d'un garçon en état de mort apparente, ranimé après insufflation. Le liquide amniotique a une couleur purée de pois.

Le 3 juin 1938, la femme a un *frisson*.

Le 4, la température est à 39°. On fait un abcès de fixation. Le 5, la température monte à 39°6 et se maintient à ce chiffre le 6 juin. Mais la face externe de la cuisse présente un œdème englobant le genou et atteignant la jambe. Chaleur locale, érythème étendu, culs-de-sac synoviaux tendus et douloureux.

L'abcès de fixation a pris une *forme phlegmoneuse*. Le 7 juin, incision de l'abcès donnant issue à un pus peu abondant. La température est à 40°. Le lendemain de l'incision, elle est à 38°8 et va ensuite retomber à la normale.



OBSERVATION N° 17

### OBSERVATION N° 18

Mme G... entre le 18 février 1938, à terme. Elle accouche le 19 février 1938, un forceps ayant été nécessaire. Délivrance naturelle, 20 minutes après. L'enfant, en état de mort apparente, est ranimé par l'insufflation. La femme va bien, la température et le pouls sont normaux. Mais le 1<sup>er</sup> mars, la femme *frissonne*, son pouls s'accélère et le soir, sa température monte à 40°2. Le lendemain matin, elle est à 39°. On décide de pratiquer un abcès de fixation. Le soir même, la température est à 40° et 40°6 le jour suivant. Comme d'habitude, après la pratique de l'abcès, elle monte, atteint même 41°4 et se maintient à plus de 40° jusqu'au 8 mars, jour de l'incision. Dès le lendemain, la température baisse pour revenir à la normale de 14 mars.

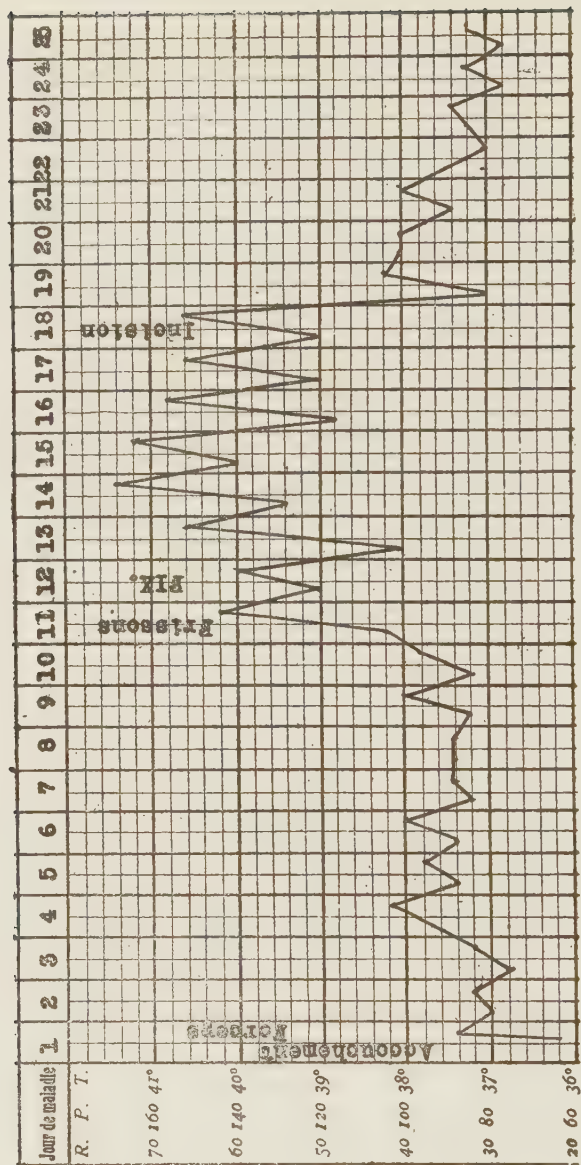
### OBSERVATION N° 19

Mme Z..., 2<sup>e</sup> pare de 24 ans, entre le 4 mars 1938 dans le service pour une douleur dans la fosse iliaque droite. Elle est mise en observation.

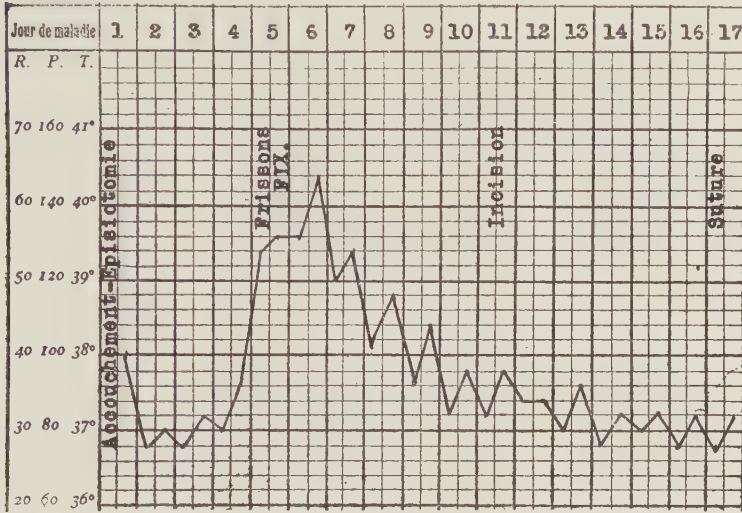
L'examen à l'entrée montre : une tête en bas, mobile, encore haute ; l'orifice externe du col situé très en arrière est perméable. Les bruits du cœur sont bons.

Elle accouche le 19 mars 1938. Une épisiotomie a dû être pratiquée. Délivrance naturelle 13 minutes après.

La femme va bien : température et pouls normaux. Dans la nuit, l'état de la femme s'altère : elle *frissonne* ; sa température monte à 39°4 le matin du 23. Sans attendre, on pratique un abcès de fixation.



Le lendemain, la température atteint  $40^{\circ}4$  et  $39^{\circ}4$  le jour suivant. Elle va ensuite baisser peu à peu. L'abcès est incisé le 29 mars, suturé le 4 avril. Dix jours après,



OBSERVATION N° 19

la femme sort guérie de l'hôpital (27 jours après l'accouchement).

## CONCLUSIONS

Les observations que nous avons rapportées prouvent que l'abcès de fixation est une méthode de traitement extrêmement active dans l'infection puerpérale.

Sa valeur thérapeutique est aussi certaine que sa valeur pronostique.

Les conditions du succès doivent être les suivantes : il faut faire l'abcès *très précocement*, avoir confiance en la méthode et savoir attendre la réaction favorable de l'organisme qu'on empêcherait en adjoignant à l'abcès des traitements variés.

On évitera les lenteurs de la cicatrisation et l'apparition d'une cicatrice inesthétique en pratiquant une *suture secondaire*.

Enfin, au cas où le premier abcès ne « prend pas », on en pratiquera un autre et, au besoin, un troisième, qui souvent « prennent » en réveillant le premier.

L'abcès de fixation, correctement pratiqué, est un moyen de combat contre l'infection puerpérale dont les résultats prouvent qu'il n'est pas dangereux et qu'il est réellement efficace.

*Vu :*

LE DOYEN :  
TIFFENEAU.

*Vu :*

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :  
JEANNIN

*Vu et permis d'imprimer :*

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,  
ROUSSY.

## BIBLIOGRAPHIE

- ARNOZAN. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1901.
- BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements.
- BLECHMAN (G.). — De l'abcès de fixation. *Concours Médical*, 20-3-1935.
- *Concours Médical*, 14-4-1935.
- *Concours Médical*, 26-5-1935.
- BOIDIN. — La pyothérapie. *Bulletin Médical*, Paris, 1923.
- BOUQUET (H.). — La querelle de l'abcès de fixation. *Monde Médical*, 1926.
- BRINDEAU. — Assises nationales sur l'abcès de fixation. *Médecine Générale Française*, mars 1936.
- CANUYT (Georges). — *Strasbourg Médical*, 5-10-1936.
- CARLES. — Les abcès de fixation. *Thèse Bordeaux*, 1902.
- Indications, avantages, méfaits de l'abcès de fixation. *Bulletin Général de Thérapeutique*, 1924, p. 193.
- CASEDEVENT. — *Thèse Paris*, 1912.
- COMBY. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 4-2-1926.
- *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 11-2-1926.
- *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 20-5-1926.
- DETSCHIEFF. — *Thèse Lyon*, 1909.
- DIEULAFOY. — *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 20-3-1892.
- DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement.
- FAREZ. — Infection puerpérale et abcès de fixation. *Thèse Paris*, 1909.

- FEUILLÉ. — *Thèse Paris*, 1909.  
— *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 5 et 11-2-1926.  
GODLEWSKI. — *Médecine Générale Française*, février 1936.  
— *Médecine Générale Française*, mars 1936.  
GOTTELAND. — *Thèse Lyon*, 1924.  
JOANNY. — Contribution à l'étude de l'infection puerpérale. Une méthode de thérapeutique générale par le novar. *Thèse Paris*, 1923.  
LAPORTE. — Traitement de l'infection puerpérale. *Thèse Paris*, 1923.  
MARMASSE. — L'infection puerpérale grave. *Thèse Paris*, 1926.  
METZGER (Marcel). — L'accoucheur moderne.  
— *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 11 juin 1923.  
— *Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française*, 1921.  
NETTER. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1926.  
OUVRIEU. — *Thèse Paris*, 1935.  
PIC et BONNAMOUR. — *Lyon Médical*, 16-1-1910.  
PIC et DELORE. — *Journal de Médecine de Lyon*, 20-4-1930.  
SERDUKOFF. — *La Gynécologie*, octobre 1934.  
SORRENTINO. — Traitement des infections puerpérales par les abcès de fixation en particulier. *Gynécologie et Obstétrique*, 6-6-1931.  
VIGNES. — *Progrès Médical*, 17-11-1931.  
VINCENT. — Abcès de fixation dans un cas de septicémie puerpérale. 13-1-1906.  
VIRIOT. — *Thèse Paris*, 1926.  
VOITURIER. — *Thèse Lyon*, 1909.



